**EVALUACION INTERMEDIA DEL
PROYECTO DE SALUD Y
SUPERVIVENCIA INFANTIL
DE USAID/ECUADOR**

Proyecto POPTECH Número 97-121-058
Abril 1998

por

Mary Ruth Horner
Carlos Cuellar
Eduardo Navas
Hugh Waters

Preparado para

La Agencia de los Estados Unidos
para el Desarrollo Internacional
Bureau for Global Programs
Oficina de Población
Contrato No. CCP-3024-Q-00-3012
Proyecto No. 936-3024

Editado y Producido por

Population Technical Assistance Project
1611 North Kent Street, Suite 508
Arlington, VA 22209 USA
Teléfono: 703/247-8630
Fax: 703/247-8640
E-mail: poptech@bhm.com

Las observaciones, conclusiones y recomendaciones expuestas en este documento son de responsabilidad de los autores y no representan los puntos de vista u opiniones de POPTECH, BHM Internacional, The Futures Group International, o del personal de estas organizaciones.

INDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	xii
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PROYECTO	ix
RESUMEN EJECUTIVO.....	xi
LISTA DE RECOMENDACIONES	xix
1. INTRODUCCION	1
1.1 Alcance General.....	1
1.2 Composición del Grupo de Evaluación	1
1.3 Revisión de Documentos	1
1.4 Entrevistas a Informantes Claves.....	1
1.5 Visitas a los Sitios.....	2
2. ANTECEDENTES	3
2.1 Gobierno	3
2.2 Indicadores Económicos	3
2.3 Indicadores de Salud	4
2.4 Reforma de la Salud.....	5
3. ENFOQUE DE LA ASISTENCIA DE USAID.....	11
3.1 Perspectiva Histórica	11
3.2 Meta del Proyecto, Objetivo Estratégico 2, y Resultados Intermedios	12
3.3 Marco Político.....	12
3.4 Componentes del Proyecto.....	13
3.4.1 Reforma de la Política del Ministerio de Salud	13
3.4.2 Análisis y Promoción de la Política	14
3.4.3 Fortalecimiento del Programa del Sector Privado	14
4. FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DEL SECTOR PRIVADO (CARE/APOLO) 17	
4.1 Descripción y Objetivos Generales.....	17
4.2 Impacto en la Capacidad y Rol del Sector Privado, ONGs, y Municipalidades como Proveedores de Servicios 18	
4.2.1.....Hallazgos en el Sector Privado	18
4.2.2.....Conclusiones	19

4.3	Impacto en la Descentralización.....	20	
	4.3.1.....	Hallazgos	20
	4.3.2.....	Conclusiones	20
4.4	Capacidad Local para Participar en las Actividades de Reforma de la		Salud
	4.4.1 Hallazgos que Indican las Areas de Influencia del Proyecto	21	
	4.4.2.....	Conclusiones	22
4.5	Utilidad y Calidad de los Instrumentos Gerenciales		
	24		
	4.5.1.....	Hallazgos	24
	4.5.2.....	Conclusiones	25
4.6	Resultados Verificables al Final del Proyecto...26		
	4.6.1.....	Conclusiones	26
4.7	Factibilidad de los Objetivos de los Proyectos Demostrativos.....26		
	4.7.1.....	Hallazgos	26
	4.7.2.....	Conclusiones	27
4.8	Metas de Sustentabilidad de los Proyectos Demostrativos.....27		
4.9	Replicabilidad de los Proyectos Demostrativos...30		
5.	ANALISIS Y PROMOCION (CEPAR A TRAVES DEL PROYECTO PAPPS).....39		
5.1	Descripción y Objetivos Generales.....39		
5.2	Impacto en el Proceso de la Reforma de la Salud a Nivel Nacional.....40		
	5.2.1.....	Hallazgos	40
	5.2.2.....	Conclusiones	40
5.3	Relación con otras Organizaciones e Instituciones41		
	5.3.1.....	Hallazgos	41
	5.3.2.....	Conclusiones	42
5.4	Coordinación de las ONGs y de las Escuelas de		

Salud Pública.....	43		
5.4.1.....		Hallazgos	43
5.4.2.....		Conclusiones	44
5.5 Actividades a Nivel Provincial y Cantonal.....	44		
5.5.1.....		Hallazgos	44
5.5.2.....		Conclusiones	45
5.6 Estudios de Investigación y otros Documentos			
Técnicos	46		
5.6.1.....		Hallazgos	46
5.6.2.....		Conclusiones	47
5.7 Bases de Datos de Información.....	48		
5.7.1.....		Hallazgos	48
5.7.2.....		Conclusiones	48
5.8 Eventos de Capacitación y Promoción.....	49		
5.8.1.....		Hallazgos	49
5.8.2.....		Conclusiones	49
5.9 Asistencia Técnica Externa.....	50		
5.9.1.....		Hallazgos	50
5.9.2.....		Conclusiones	50
6. ROL E IMPACTO EN EL MINISTERIO DE SALUD.....	57		
6.1 Descripción y Objetivos Generales.....	57		
6.2 Apoyo del Proyecto al MSP.....	59		
6.2.1.....		Proyectos Apoyados por USAID	59
6.2.2.....		Apoyo Directo al MSP	61
6.2.3.....		Apoyo a los Foros de ONGs	63
6.3 Problemas de Ejecución.....	63		
6.4 Conclusiones.....	64		
6.4.1.....		Componente de Reforma	64
6.4.2.....		Componente de Descentralización	65
6.4.3.....		Modernización del Componente MSP	65
6.5 Recomendaciones.....	66		

7.	ROL DE USAID.....	71	
7.1	Introducción.....	71	
7.2	Rol de USAID.....	71	
	7.2.1 Obtención y Coordinación de Apoyo de otros Donantes par		
	7.2.2 Esfuerzos para Asegurar la		
	Sustentabilidad de los Componentes		
	de CEPAR (PAPPS) y CARE (APOLO).....	72	
	7.2.3 Desarrollo de Relaciones Profundas con		
	Socios Clientes		
	de las Instituciones Públicas y Privadas ..	73	
	7.2.4.....Gerencia del Proyecto		73
	7.2.5 Otros Proyectos de USAID: Coordinación		
	para el Fortalecimiento		
	Mutuo y Uso Eficiente de Recursos.....	74	
7.3.	Objetivos Estratégicos de USAID/Ecuador.....	75	
	7.3.1 Metas y Objetivos Realistas del Objetivo		
	Estratégico, especialmente		
	con Relación a la Sustentabilidad de las ONGs		
	Socias.....	75	
	7.3.2 Contribución del Proyecto la Obtención		
	de Resultados		
	como se Planificó en el Marco del OS.....	75	
7.4	Impacto de la Terminación del Apoyo de		
	USAID/Ecuador al Sector de Salud del Ecuador....	77	
7.5	Conclusiones.....	77	
	7.5.1 Rol de USAID en la Reforma del Sector Salud e Impacto P		
	7.5.2 Sustentabilidad de CEPAR (PAPPS) y CARE (APOLO)	78	
	7.5.3 Relaciones con Otros Socios para el Desarrollo	78	
	7.5.4.....Gerencia del Proyecto	79	
	7.5.5.....Otros Proyectos de USAID	79	
	7.5.6.....Objetivos Estratégicos de USAID/Ecuador	79	
7.6	Recomendaciones.....	80	

APENDICES

Alcance de Trabajo.....	A-1
Bibliografía.....	B-1
Lista de Contactos.....	C-1
Relaciones Entre los Tres Componentes Del Proyecto.....	D-1

LISTA DE ABREVIATURAS

APOLO	Proyecto de Apoyo a Organizaciones Locales
ARI	<i>Acute respiratory infection</i> (Infección Respiratoria Aguda)
BASICS	<i>Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project</i> (Proyecto de Apoyo Básico para Institucionalizar la Supervivencia Infantil)
CEMOPLAF	Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar
CARE	<i>Cooperative for Assistance and Relief Everywhere</i>
CEP	Comité Ejecutivo del Proyecto
CHS	<i>Center for Human Services</i>
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable
CIAR	Comité Interagencial de Apoyo a la Reforma
CONAM	Consejo Nacional de Modernización
CONASA	Consejo Nacional de Salud
SI	Supervivencia Infantil
DALY	<i>Disability-adjusted life years</i>
EOPS	<i>End of project status</i> (Estado al final del proyecto)
EPI	<i>Expanded Programme on Immunization</i> (Programa Expandido de Inmunizaciones)
ENDEMAIN	Encuesta Nacional Demográfica y Materno-Infantil
ESPOL	Escuela Politécnica del Litoral
FASBASE	Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en Ecuador
FECD	Fondo Ecuatoriano Canadiense de Desarrollo
GDE	Gobierno del Ecuador
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IMCI	<i>Integrated Management of Childhood Illnesses</i> (Manejo Integral de las Enfermedades de la Niñez)
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
M&E	Sistema de Monitoreo y Evaluación (<i>Monitoring and Evaluation</i>)
SMI	Salud Materno-Infantil
MSP	Ministerio de Salud Pública
MODERSA	Proyecto de Modernización de Salud
EI	Evaluación Intermedia
OMNI	<i>Opportunities for Micronutrient Interventions project</i> (Proyecto para Intervenciones con Micronutrientes)
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PACD	<i>Project assistance completion date</i> (Fecha de terminación del proyecto)
PAPPS	Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
PHR	<i>Partnerships for Health Reform project</i> (Proyecto Socios para la Reforma de la Salud)
PNMC	Programa Nacional de Mejoramiento de Calidad
QA	<i>Quality Assurance project</i> (Proyecto de Mejoramiento de la Calidad)
ERF	Estudio Rápido de Factibilidad
RPM	<i>Rational Pharmaceutical Management project</i> (proyecto para el Manejo Racional de Medicamentos)
OS	Objetivo Estratégico
TAACS	<i>Technical Advisors in AIDS and Child Survival</i> (Asesores Técnicos en SI)
GAT	Grupo de Asesoría Técnica
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URC	<i>University Research Corporation</i>
URMES	Uso Racional de Medicamentos en Escuelas Saludables
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PROYECTO

1. **Título del Proyecto:** Salud y Supervivencia Infantil
2. **País:** Ecuador
3. **Número del Proyecto:** 518-0071
4. **Fechas del Proyecto:**
Suscripción del Convenio: Julio 14, 1989
Fecha de Terminación: Septiembre 30, 2000
5. **Financiamiento del Proyecto:**
Financiamiento Autorizado durante
la Vida del Proyecto: \$18.000.000
Financiamiento a la Fecha: \$16.177.000
Financiamiento de Contraparte: \$16.930.000
6. **Forma de Ejecución:** Convenio Bilateral con el Ministerio de Salud y
Acuerdos Cooperativos con CARE y
CEPAR
7. **Funcionarios de USAID
responsables:**
Director de la Misión: Thomas L. Geiger
Director de la Oficina
Multisectorial: Kenneth Farr
Oficial del Proyecto: Jack Galloway
8. **Evaluación(es) previa(s):** Agosto 1993 (John Snow, Inc.)

RESUMEN EJECUTIVO

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) se esfuerza por mejorar la salud de infantes, niños y madres en el Ecuador a través de su Proyecto de Salud y Supervivencia Infantil (518-0071). Este proyecto contribuye al *Objetivo Estratégico 2* de USAID/Ecuador (USAID/E): *Incremento en el uso de los servicios de salud materno-infantil y planificación familiar*, e incluye *dos Resultados Intermedios: Mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios de Salud Materno Infantil (RI3) e Incremento de la Sustentabilidad de las ONGs en el campo de la Salud (RI4)*.

USAID/E comenzó a apoyar las actividades de supervivencia infantil (SI) y al Ministerio de Salud (MSP) en 1985. Luego de diez años, las evaluaciones revelaron que el progreso era lento y que los logros generales no eran satisfactorios; en consecuencia, en 1995, USAID/E rediseñó completamente el proyecto. La nueva estrategia, denominada Fase 2 o "Enmienda 8", se centró en la reforma del sector salud y, por primera vez, incluyó a dos organizaciones no gubernamentales (ONG), la *Cooperative for Assistance and Relief Everywhere* (CARE) y el Centro para Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR). El encargo primordial para estas ONGs no requería de una estrecha colaboración con el MSP y de hecho, el diseño del proyecto de USAID estimuló a una de las ONG a trabajar casi por completo independientemente del MSP. El cambio de la Fase 2 de una actividad básicamente del sector público con el MSP a una estrategia en cierto modo dividida en compartimientos con distintos colaboradores en el sector público (MSP) y en el privado (ONG) ha "ampliado el campo de juego" significativamente para USAID/E. También ha colocado a USAID/E en la difícil pero autoelegida posición de tener que coordinar las actividades entre los "colaboradores" del proyecto que podrían no sentirse como socios en el esfuerzo global. Como resultado, la Fase 2 ha enfrentado nuevos desafíos y nuevos problemas pero también ha obtenido mayores logros que lo que hubiera sido posible con el diseño anterior.

A solicitud de USAID/E, POPTECH condujo una evaluación intermedia del proyecto de Salud y Supervivencia Infantil desde Octubre 19 a Noviembre 7 de 1997. El grupo de evaluación de POPTECH revisó el progreso del proyecto e hizo recomendaciones que podrían ser utilizadas para realizar ajustes en la administración de las actividades planificadas para los dos a tres años finales del proyecto. El grupo de evaluación externa y sus especialidades son: Dr. Carlos Cuellar, gerencia de servicios de salud; Dr. Eduardo Navas, planificación de servicios de salud pública; Sr. Hugh Waters, financiamiento de la salud; y como jefe del grupo, Dra. Mary Ruth Horner, diseño y evaluación de programas de salud materno-infantil (SMI). La información que contribuyó a las discusiones del grupo surgió de los documentos revisados, informantes claves entrevistados, y de las visitas realizadas a los sitios del proyecto en Cuenca (Azuay), Imbabura, Guayaquil, y Santa Elena (Guayas).

USAID/E está actualmente en una fase de "cierre por etapas", un temor que se volvió realidad sólo algunos meses antes de la evaluación intermedia (EI). En su mayor parte, este proceso de discontinuación ha puesto de relieve la sensación de urgencia entre el personal del proyecto de SI de USAID/E y sus colaboradores. Desafortunadamente, "urgencia" no es un término asociado a menudo con el ritmo típico de la reforma y la reforma del sector salud no es una excepción. Por lo tanto, la tarea actual de USAID/E es doblemente formidable: (1) hacer que las reformas del sector salud lleguen al punto que se planificó originalmente para finales de la Fase 2 y (2) dejar a sus colaboradores del sector público y privado en capacidad de continuar el proceso de la reforma sin la asistencia de USAID/E después del año 2000.

La Fase 2 del proyecto de SI ha venido operando en un contexto político extremadamente volátil. Desde la fecha de inicio del proyecto, en 1995, Ecuador ha tenido tres presidentes y todos los cambios de personal, parálisis y confusión que acompañan inevitablemente a un cambio de gobierno. El actual gobierno interino ha estado en ejercicio de sus funciones desde Febrero de 1997 y será reemplazado por un nuevo gobierno que se posesionará en Agosto de 1998.

Una vez que el proyecto de SI fue rediseñado y comenzó la Fase 2 en 1995, USAID/E se movió hacia un nuevo territorio en un intento por llamar la atención sobre la reforma del sector salud en el Ecuador, obtener experiencia práctica en ese campo, y acelerar esta reforma. Estos esfuerzos fueron ejecutados particularmente a través de modelos del sector privado. El concepto de reforma por sí mismo trae a la mente de cada individuo diferentes conceptos e imágenes; USAID/E está esforzándose para dar una definición a algunos de estos conceptos críticos y desarrollarlos en una realidad positiva para los productores, proveedores y usuarios de la atención de salud. Mucho ha ocurrido en el corto período de tiempo desde que se inició la Fase 2. Esto se resume en la siguiente sección respecto a los tres principales componentes del proyecto:

1. **CARE:** Fortalecimiento del programa del sector privado
2. **CEPAR:** Análisis y promoción de políticas
3. **Ministerio de Salud:** Reforma de políticas

CARE

La función de CARE en la Fase 2 es a través de su proyecto de Apoyo a las Organizaciones Locales (APOLO), cuya meta es desarrollar la capacidad de las instituciones del sector privado y municipalidades para suministrar servicios sostenibles de atención primaria de salud (APS) y de supervivencia infantil (SI). APOLO ha trabajado con estos colaboradores del sector privado en ocho provincias en el desarrollo de 10 proyectos demostrativos. A través de subdonaciones y asistencia técnica, APOLO está ayudando a cada uno de sus colaboradores elegidos a integrar nuevos aspectos dentro

de sus operaciones, ésto es, expandir los servicios y cobertura, desarrollar una red de servicios de salud, descentralizar los servicios bajo control de la municipalidad, integrar la medicina tradicional con la Occidental, y establecer subsidios cruzados para los servicios.

El grupo de la Evaluación Intermedia visitó los diez proyectos demostrativos de APOLO: Fundación Pablo Jaramillo, Cuenca (subsidización cruzada); Chordeleg, Azuay (descentralización); Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) en Otavalo (ampliación de servicios); y Santa Elena (creación de una red de servicios de salud). El grupo obtuvo amplia información acerca del proyecto en general al revisar los documentos y reunirse con el personal de APOLO y otras personas familiarizadas con el trabajo de APOLO.

Principales Logros de Apolo

El personal de APOLO es respetado, en general, como muy competente, creativo y dedicado a su misión. A su vez, las ONGs apoyadas por APOLO han aumentado su potencial para participar directamente en las actividades al haberse vuelto proveedoras más eficientes y sostenibles de servicios de salud, e indirectamente al haber desarrollado el potencial para su replicación. Como resultado de este progreso de las ONGs, ha habido (1) un permanente incremento de la demanda de los servicios y planes de planificación familiar y pediátricos ya desarrollados, para replicación del nuevo modelo de CEMOPLAF en Otavalo a otras clínicas de CEMOPLAF, (2) un permanente incremento en la recuperación de costos de los servicios de salud proporcionados por la Fundación Pablo Jaramillo debido a un sistema financiero más moderno que permite la subsidización cruzada de los servicios, y (3) expansión de la cobertura por parte de las clínicas manejadas por la iglesia en Chordeleg y Santa Elena. Adicionalmente, CARE ha incrementado exitosamente los fondos proporcionados por USAID/E mediante la incorporación de dos organizaciones internacionales como donantes y auspiciadores adicionales.

De aquellos proyectos visitados, el de Santa Elena parece tener el mayor potencial de impacto debido a que ha integrado exitosamente los tres elementos críticos que determinan la capacidad para participar en la reforma: ONG, gobierno municipal, y MSP. Los resultados de los proyectos de la Fundación Pablo Jaramillo y CEMOPLAF/Otavalo son también importantes para la reforma, pero ambos sitios están limitados por su original contexto técnico y administrativo.

La coordinación operativa con el MSP ha demostrado ser muy difícil, especialmente en situaciones que requieren la transferencia de las instalaciones del MSP a otra institución--una junta comunitaria o comité municipal--para efectuar la reforma. La coordinación es más fácil en el caso de los proyectos demostrativos cuya implementación no depende directamente del MSP (todos aquellos visitados con excepción de Chordeleg). El grupo concluyó que los proyectos demostrativos de APOLO no son modelos en sí, más

bien ellos constituyen elementos parciales de un posible modelo individual para la prestación de servicios de salud. En la forma en que APOLO está actualmente ejecutado, está proporcionando experiencias exitosas que pueden ser incorporadas dentro de las organizaciones existentes. Sin embargo, para que el MSP proporcione la atención apropiada a la importancia global de APOLO, estos éxitos individuales deben ser vistos dentro de un contexto más integral de la reforma, no como experiencias aisladas.

En su esfuerzo por ejecutar APOLO y producir resultados, CARE ha desarrollado una imagen aislada entre los otros profesionales del sector salud, tales como el personal del MSP, municipalidades y ONGs. Esta percepción ha impedido que representantes de estas organizaciones puedan colaborar con APOLO, conforme ellas piensan que sería de beneficio mutuo.

CEPAR

CEPAR, el segundo principal componente de ONGs de la Fase 2 de USAID/E, es una ONG Ecuatoriana que tuvo sus comienzos en el campo de la planificación familiar. En Mayo de 1995, CEPAR y USAID firmaron un Acuerdo Cooperativo creando el Proyecto de Análisis y Promoción de Políticas de Salud (PAPPS). A través del PAPPS, CEPAR es responsable del desarrollo y ejecución de actividades que conduzcan a la creación de un amplio consenso entre los líderes y grupos de interés Ecuatorianos en cuanto a la reforma y modernización del sector salud. Adicionalmente, CEPAR conduce y difunde análisis y estudios sobre las reformas de la política de salud, con el fin de fomentar y promover un mayor diálogo público sobre la necesidad de modernizar las instituciones y sistemas de prestación de servicios del sector salud. CEPAR está aplicando estos principios, en una base piloto, en dos provincias y tres cantones.

Principales Logros de CEPAR

Al igual que APOLO, el personal de CEPAR que participa en la Fase 2 son personas respetadas por su profesionalismo, dedicación y motivación. A través del amplio campo de actividades para la reforma del sector salud que están siendo ejecutadas en la Fase 2, CEPAR ha alcanzado una importante reputación en el campo del análisis profundamente técnico. Adicionalmente, ha alcanzado un alto perfil dentro del sector salud del Ecuador, lo cual es notable para una organización que no está realmente involucrada en la prestación de servicios de salud.

Algunos de los principales logros de CEPAR son (1) desempeñar una función crítica de apoyo a los esfuerzos del Consejo Nacional de Salud (CONASA) para promover la reforma de salud; (2) organizar y llevar a cabo 25 seminarios y talleres sobre la reforma del sector salud; (3) prestar asistencia a la Comisión de Salud del Congreso en la formulación, revisión y promoción de las leyes que apoyan la reforma del sector salud,

tales como la reciente ley que asegura el financiamiento de las vacunas infantiles; (4) activar y apoyar dos foros de representantes de ONGs de modo que se reconozca su participación en el debate de la reforma del sector salud; (5) dar asistencia a la municipalidad de Cotacachi, Imbabura, en el desarrollo de sistemas para descentralizar los servicios de salud, y haciéndolo así, crear un modelo para otras municipalidades que estén enfrentando el mismo reto; y (6) prestar asistencia a líderes del sector salud en varias provincias para el desarrollo de planes provinciales de salud, conjuntamente con el proceso de descentralización.

Esta diversidad de actividades de CEPAR es necesaria para alcanzar una amplia variedad de audiencias; no obstante, puede ser abrumadora y dar como resultado una falta de focalización y un personal demasiado extenso. Indudablemente, CEPAR podría volverse la víctima de su propio éxito al correr el riesgo de alcanzar un perfil demasiado alto. Dicho resultado podría finalmente poner en riesgo la habilidad de CEPAR para trabajar colaborativamente con otras instituciones. CEPAR debe tener cuidado de no caer en la trampa de ir asumiendo roles que puede manejar fácilmente, pero que son más apropiados para donantes internacionales o para el mismo Ministerio de Salud. Por ejemplo, si CEPAR lleva a cabo la investigación, análisis y difusión de información, independientemente del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), podría inintencionalmente debilitar los incentivos para que estas organizaciones desarrollen más sus propias capacidades en estas áreas.

Ministerio de Salud

La habilidad del MSP para participar en la Fase 2 ha sido severamente desavenida por los cambios en la presidencia del Ecuador y aún por los más frecuentes cambios de Ministros de Salud. Dentro del MSP, las serias e innumerables deficiencias estructurales, gerenciales y legales han creado múltiples barreras que impiden que el MSP cumpla su mandato con el público y trabaje exitosamente con otras instituciones. Dichas deficiencias incluyen un desacuerdo general entre los varios funcionarios del MSP--especialmente entre aquellos con muchos años de servicio--sobre la reforma, modernización y el nuevo rol del MSP; un liderazgo y capacidades administrativas débiles que no permite que los colaboradores del MSP lleguen a un consenso sobre el plan de trabajo de la Fase 2; y sindicatos poderosos cuyas frecuentes huelgas no permiten las operaciones normales e impiden al MSP iniciar medidas de reforma.

A pesar de este débil contexto global, se están realizando varias actividades muy positivas y exitosas tendientes a la reforma, dentro de programas, provincias y cantones específicos. Muchas de estas actividades fueron ejecutadas directamente con CEPAR durante los primeros dos años de la Fase 2, otros han sido ejecutados por el MSP con asistencia técnica de cinco proyectos de USAID/Washington (USAID/W): *Basic Support for Institutionalizing Child Survival* (BASICS), *Partnerships for Health Reform* (PHR), *Rational Pharmaceutical Management* (RPM), *Quality Assurance* (QA), y *Opportunities*

for Micronutrient Interventions (OMNI). Cada uno de estos proyectos trabaja directamente con el MSP y tiene una función con una configuración diferente de los participantes de ONGs, sector privado y municipales. Una de las colaboraciones multi-institucionales más exitosas entre éstas, está siendo ejecutada con BASICS para la actividad denominada *Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI)* a través de la provincia de Imbabura.

Otro problema que no permite que el MSP se involucre productivamente en la Fase 2 es la competencia en cuanto a demanda de atención por parte de los dos proyectos principales del Banco Mundial--Proyecto Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE) y el Proyecto de Modernización de Salud (MODERSA). Estos proyectos han movido a personal capacitado de los rangos regulares del MSP para trabajar como un equipo separado dentro del MSP. El desafío para el MSP y USAID/E en la Fase 2 es identificar actividades a nivel de campo que les beneficie mutuamente y que puedan ser implementadas con FASBASE y MODERSA para promover la reforma del sector salud. Durante el año pasado, el MSP no había presentado un presupuesto a USAID/E para apoyar alguna actividad de la Fase 2. Sin embargo, al momento de esta evaluación, el MSP preparó un presupuesto bimensual para USAID/E, una señal muy positiva en cuanto a un mayor compromiso y participación del MSP en las actividades de la Fase 2.

USAID

Todas las personas entrevistadas estuvieron de acuerdo en que USAID/E ha hecho una contribución significativa en liderazgo e inversión en el sector salud y que su rol debe ser continuado por alguien cuando USAID/E termine su apoyo a las actividades de reforma del sector salud. Durante los dos primeros años de la Fase 2, USAID/E invirtió una enorme cantidad de tiempo coordinando con otros donantes y organizaciones públicas y privadas para obtener apoyo para la reforma de salud y, en particular, para la nueva estrategia de la Fase 2. Estos esfuerzos reunieron efectivamente a los principales actores internacionales y Ecuatorianos, incluyendo al MSP, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial, UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y varios donantes bilaterales, en discusiones regulares sobre propuestas específicas respecto de la reforma de salud.

En el manejo de la Fase 2, USAID/E ha focalizado en el desarrollo de un clima propicio para la reforma de salud de modo que los socios ONGs, CEPAR y APOLO puedan ejecutar sus propios componentes tan efectivamente como sea posible. Los esfuerzos de USAID/E con otros donantes o participantes en el proceso de la reforma han sido cruciales para establecer un fuerte consenso en cuanto a la reforma del sector salud al más alto nivel. Actualmente, USAID/E necesita invertir más tiempo para promover la sinergia entre los varios componentes de la Fase 2. A la fecha, APOLO y CEPAR no han colaborado en la forma que se previó originalmente en el diseño del proyecto ni de otra

manera que podría emanar lógicamente de sus esfuerzos complementarios en la Fase 2. Todos los componentes de la Fase 2--APOLO, CEPAR, el MSP, y los proyectos financiados por USAID/W--podrían beneficiarse de una colaboración más estrecha sobre asuntos específicos y en sitios específicos.

El grupo de Evaluación Intermedia ha preparado las recomendaciones que pueden estimular la sinergia necesaria para hacer avanzar la Fase 2; sin embargo, no puede esperarse que la nueva estrategia de USAID para supervivencia infantil, iniciada en 1995, muestre todo su potencial en sólo cinco años, ni fue diseñada para hacerlo así. El diseño original ha sido sobrepasado por la discontinuación planificada para USAID del Ecuador y la terminación de su asistencia para el sector salud, cuando el proyecto esté completado en Octubre 1, 2000. Si estos eventos tienen lugar como se ha planificado, ellos obstruirán el considerable potencial del proyecto de SI.

Principal Recomendación para cada Componente del Proyecto

CARE/APOLO: La experiencia obtenida a través de la ejecución de los proyectos demostrativos deberá usarse para desarrollar un modelo de prestación y financiamiento que combine los criterios de acceso, calidad y sustentabilidad previstos y contribuya al proceso de reforma. La estrategia de desarrollo de este modelo deberá estar orientada hacia la definición del potencial de las diferentes experiencias e integrarlas en una manera consistente y flexible. El modelo resultante deberá ser tan versátil como para incorporar modalidades y variaciones que sean adaptables a los escenarios donde ellos tengan mayor posibilidad de ser replicados.

CEPAR: El PAPPS deberá conducir una revisión interna de sus actividades actuales, así como del personal del proyecto y capacidad presupuestaria. Utilizando los resultados de esta revisión, el PAPPS deberá poner de relieve aquellas actividades que puedan con más posibilidad alcanzar cambios concretos de la política. El proyecto deberá luego pasar por un ejercicio de planificación estratégica, posiblemente con asistencia técnica externa, que haga énfasis en las relaciones de causa y efecto (utilizando flujogramas de flujo, por ejemplo) para evaluar la forma en que las actividades del proyecto pueden producir cambios específicos de la política.

MSP: El MSP deberá reforzar, con apoyo de USAID, la sustentabilidad de aquellos progresos ya alcanzados en el proceso de la reforma de salud. Los planes para las actividades de reforma deberán tomar en cuenta la situación actual y las propuestas presentadas por importantes grupos políticos, tales como el Consejo Nacional de Salud.

USAID: Puesto que la Fase 2 representa un "nuevo proyecto" en diseño y estrategia, éste necesita estar en capacidad de adaptarse a la realidad de la discontinuación de USAID/E, sujetándose a su propia discontinuación al mismo tiempo que USAID/E. USAID/E deberá reconsiderar la decisión de terminar el proyecto de SI a finales del año fiscal 2000,

preferentemente extendiendo el apoyo para salud mientras se encuentre en Ecuador.

Como gerente del proyecto, USAID debe asumir una mayor responsabilidad de trabajo con los representantes de los tres componentes (y otros proyectos de USAID involucrados) para desarrollar una visión integral del proyecto y una estrategia de equipo.

LISTA DE RECOMENDACIONES

CAPITULO 4. FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DEL SECTOR

Proyectos Demostrativos

1. La experiencia obtenida a través de la ejecución de proyectos demostrativos deberá ser utilizada para desarrollar un modelo de prestación y financiamiento que combine los criterios de acceso, calidad y sustentabilidad previstos y que pueda contribuir al proceso de reforma. La estrategia deberá estar orientada hacia la definición del potencial de las diferentes experiencias y a la integración de las mismas en una manera consistente y flexible. El modelo resultante deberá ser tan versátil como para incorporar modalidades y variaciones que puedan ser adaptadas a los escenarios donde éstos tengan más posibilidad de ser replicados.
2. El nuevo modelo o modelos deberán tomar en cuenta el mayor potencial de impacto cuando ONG, municipalidad y MSP--los elementos que determinan la capacidad de reforma--estén estrechamente integrados.
3. Entre los proyectos demostrativos observados, Santa Elena tiene la mayor posibilidad de configurar un modelo con un significativo potencial demostrativo para la reforma del sector salud. El modelo recomendado incorpora los elementos de prestación y financiamiento con un punto de vista global e imparcial y está basado en una evaluación previa. Si la Fundación Pablo Jaramillo decide desarrollar una red periférica de trabajo, podría también llegar a ser un modelo completo con un alto poder demostrativo.
4. Debe tenerse cuidado con los términos utilizados para denominar a los proyectos demostrativos. Deberá meditar en la elección de nombres que estén estrechamente vinculados con el espíritu de los términos y nombres aceptados por las autoridades del MSP. Igualmente, se recomienda discreción para la difusión de resultados donde el éxito de las intervenciones haya sido publicitado con anticipación.
5. Los esfuerzos de los proyectos demostrativos actuales deberán centrarse en aquellos proyectos con el mayor potencial de convertirse en proveedores eficientes y sustentables (efecto directo), así como con potencial para ser replicados (efecto indirecto). En este sentido, los proyectos demostrativos deberán evolucionar de acuerdo a un modelo general que incorpore sus experiencias con otras experiencias efectivas.

6. El proceso de desarrollo del modelo demostrativo deseado probablemente requerirá de más tiempo que el que resta en el proyecto. Consecuentemente, deberá extenderse la fecha de terminación. Deberán estudiarse alternativas para el mantenimiento de las acciones ejecutadas por este componente del proyecto (es decir, APOLO).
7. Chordeleg: Aunque la prestación de servicios de salud puede continuar como hasta ahora, deberá hacerse esfuerzos para alcanzar un acuerdo con el MSP para la transferencia en comodato de su subcentro con el fin de evitar la duplicación de esfuerzos.
8. Fundación Pablo Jaramillo: La extensión del proyecto deberá ser planificada cuidadosamente a través de proveedores preferidos o unidades periféricas. Este proyecto, al igual que el de Santa Elena, tiene el potencial de establecerse a sí mismo como un modelo de prestación y financiero con un efecto demostrativo de gran potencial.
9. CEMOPLAF/Otavalo: Los servicios de supervivencia infantil, junto con la movilización comunitaria y focalización de servicios, deberán ser replicados internamente.
10. Con respecto a las relaciones entre APOLO y sus ONGs colaboradoras, APOLO necesita recalcar a sus colaboradoras los riesgos y beneficios que pueden surgir de la inclusión de cualquier nueva intervención dentro de sus organizaciones. Debe hacerse mención especial al pago por parte de APOLO de una parte de los salarios de dichas instituciones. Adicionalmente, deberán definirse los mecanismos explícitos para discontinuar esta asistencia temporal.

Instrumentos Gerenciales

11. Deberá evaluarse el valor de los Estudios Rápidos de Factibilidad para predecir el éxito y sus métodos deberán ser definidos en conformidad.
12. El Sistema de Monitoreo y Evaluación deberá ser ajustado y completado para hacer un seguimiento más efectivo de las actividades del proyecto. Este sistema deberá comprender lo siguiente:
 - * Agregar datos de morbilidad para medir la cobertura de las consultas curativas en relación a la población objetivo;
 - * Incluir indicadores para medir las tasas de cobertura de los varios servicios en relación a la población en las áreas objetivo;
 - * Introducir datos financieros y de recuperación de costos de los proyectos

demostrativos;

- * Automatizar el sistema instalado en la Fundación Pablo Jaramillo para cálculos de costos que requieren de una constante actualización;
 - * Ejecutar los sistemas de establecimiento de costos y precios en los otros proyectos demostrativos; e
 - * Incorporar un sistema de seguimiento, incluyendo indicadores para controlar la calidad de los servicios.
13. Adaptar el Manual de Costos para crear un modelo general que no sea solo un reflejo exclusivo de los proyectos demostrativos.
 14. Debido a problemas con el tamaño de la muestra, los estudios de seguimiento de la línea de base (como están diseñados actualmente) no deberán ser implementados.
 15. Deberá prepararse un plan anual de capacitación en base a una evaluación previa de las necesidades y requisitos. Deberá haber un sondeo de opiniones del personal del MSP a los niveles correspondientes.

Relaciones con el CEPAR

16. Es necesario que exista una coordinación y apoyo más estrechos entre CEPAR y APOLO. APOLO deberá estar en capacidad de contar con la ayuda de CEPAR para llegar a un consenso y a alcanzar compromisos con el MSP. Una vez obtenidos, dichos compromisos permitirán que APOLO pueda desarrollar y ejecutar el modelo o modelos propuestos.

Relaciones Interinstitucionales

17. APOLO deberá continuar su estrategia de concientizar a las municipalidades y estructurar los Comités Cantonales de Salud, donde sea posible. Para que estas acciones sean efectivas, las autoridades del MSP deberán estar involucradas y participar.
18. APOLO deberá hacer lo posible para optimizar la coordinación con el MSP a nivel central, provincial y local. Igualmente, APOLO deberá hacer conocer al MSP a través de los medios más convenientes que los procedimientos para incentivar la participación del sector privado deben ser claros. A este respecto, es importante coordinar la promoción de los proyectos demostrativos con los dos principales proyectos financiados por el Banco Mundial, FASBASE y

MODERSA. FASBASE ha focalizado en áreas específicas que están subatendidas en el país para expandir la cobertura de los servicios básicos de salud. Un proyecto complementario, MODERSA, está trabajando en áreas piloto para mejorar las capacidades de planificación y coordinación de salud a nivel local y para expandir la cobertura y eficiencia de los servicios de salud pública.

19. Los recursos asignados a los proyectos de USAID con financiamiento central podrían ser mejor utilizados en las actividades de APOLO. Sin embargo, será necesario coordinar activamente esta colaboración para beneficiar al proyecto.

CAPITULO 5. ANALISIS Y PROMOCION (CEPAR A TRAVÉS DEL PROYECTO PAPPS)

1. El PAPPS deberá continuar su estrategia actual de trabajar con el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud, el Comité Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR), y otros donantes e instituciones del sector salud para alcanzar una reforma del sector salud a nivel nacional.
2. El PAPPS deberá tener una función más bien de base en el proceso de la reforma del sector salud del Ecuador, antes que de un alto perfil. Específicamente, en publicaciones y seminarios, el proyecto deberá enfocar menos en promocionar a CEPAR como una institución y más en colaborar con otras instituciones para alcanzar la reforma de salud.
3. Donde sea factible, el PAPPS deberá colaborar con el Ministerio de Salud y el INEC, haciendo énfasis en el fortalecimiento de la capacidad institucional de estas organizaciones para llevar a cabo las actividades de investigación, análisis, y difusión de información.
4. El PAPPS deberá conducir una revisión interna de sus actividades, personal del proyecto y capacidad presupuestaria. Dicha revisión deberá dar como resultado la priorización de aquellas actividades que tengan más posibilidades de alcanzar cambios políticos concretos. El proyecto deberá avanzar a través de un ejercicio de planificación estratégica, posiblemente con asistencia técnica extranjera. Este ejercicio deberá hacer incapié en las relaciones de causa y efecto (utilizando flujogramas, por ejemplo), para evaluar la forma en la que las varias actividades del proyecto darán como resultado cambios específicos de la política.
5. El PAPPS deberá desarrollar un plan maestro para los eventos de capacitación y promoción, enfocando en la forma en la que los eventos específicos conducirán a la reforma de la política y a otros objetivos del proyecto.
6. El PAPPS deberá desarrollar un plan maestro para la asistencia técnica externa enfocando en las necesidades del PAPPS y del Ministerio de Salud durante los

- dos a tres años siguientes.
7. El coordinador del proyecto PAPPS deberá delegar más responsabilidad y centrarse más en los mecanismos y estrategias para alcanzar las metas globales del proyecto.
 8. El PAPPS y APOLO deberán reunirse regularmente para revisar los objetivos y el progreso de sus proyectos y para discutir las áreas de colaboración. Si es necesario, USAID deberá tomar la iniciativa para concertar esta colaboración.
 9. El PAPPS y USAID/Ecuador deberán crear un Grupo de Asesoría Técnica (TAG), conducir revisiones anuales--o más frecuentes-- del proyecto, o encontrar otros mecanismos razonables para proporcionar al proyecto una supervisión de alto nivel.
 10. El PAPPS deberá continuar involucrando al MSP en los foros provinciales de las ONGs y deberá buscar la participación del MSP en la red de escuelas de salud pública. De ser factible, el PAPPS deberá trabajar activamente con la oficina de coordinación de ONGs en el Ministerio de Salud, con el fin de fortalecer esta unidad para apoyar y regular más proactivamente a las ONGs.
 11. El PAPPS deberá desarrollar y ejecutar planes específicos para hacer que los foros de las ONGs y la red de escuelas de salud pública sean autosuficientes tanto organizativa como financieramente para fines del año 2000.
 12. El PAPPS deberá continuar su trabajo con las provincias y cantones haciendo énfasis en el desarrollo de un modelo replicable para fortalecer a ambos niveles. Un asunto clave es la forma en la que pueda replicarse la experiencia del proyecto en otras provincias y municipalidades, en ausencia de niveles significativos de asistencia externa. Este modelo replicable deberá tomar en consideración a las municipalidades que operan con fondos y responsabilidades adicionales bajo la nueva ley de descentralización.
 13. El PAPPS deberá promover el intercambio de conocimientos entre las diferentes provincias y cantones en los cuales está trabajando. Específicamente, los tres asesores a largo plazo, a nivel cantonal, podrían intercambiar visitas y experiencias.
 14. El PAPPS deberá llevar a cabo un ejercicio de segmentación de audiencia para sus productos de investigación y publicaciones, con el fin de asegurar que la investigación y las publicaciones están coordinadas con otras actividades del proyecto y se relacionan directamente con el logro de cambios de la política. Este ejercicio deberá también hacer énfasis en la necesidad de documentos tipo "usuario amable" para sus audiencias previstas.

15. El PAPPS deberá continuar desarrollando y ejecutando sus principales estudios sobre economía de la salud. Los resultados de estos estudios y las metodologías desarrolladas podrían ser útiles para el MSP, y a nivel de las municipalidades, en el contexto de la descentralización de recursos y responsabilidad de planificación en el sector salud. Donde sea posible, las metodologías y resultados de estos estudios deberán estar encuadrados dentro de términos que sean fácilmente accesibles para aquellos líderes encargados de la toma de decisiones a nivel nacional y local. Las metodologías a aplicarse a nivel local deberán contener las necesidades razonables de datos de forma que puedan ser replicadas. Cuando es presenten estudios a aquellos funcionarios encargados de tomar decisiones, el PAPPS deberá asegurar que las limitaciones de datos están claras.
16. El PAPPS deberá continuar desarrollando sus bases de datos y poniéndolas a disposición de otras organizaciones y del público.
17. CEPAR y el PAPPS deberán encontrar una forma, ya sea para mantener las funciones de la base de datos del proyecto dentro de CEPAR, posteriormente a la terminación del proyecto, o desarrollar y ejecutar un plan para transferir estas funciones al INEC cuando el proyecto concluya. Este plan deberá incluir los mecanismos para fortalecer las capacidades de la institución, de modo que el INEC pueda proporcionar, en forma efectiva, los datos a quienes toman las decisiones políticas.
18. El PAPPS deberá usar la asistencia de los Socios para la Reforma de la Salud (*Partnerships for Health Reform [PHR]*) en las áreas específicas mencionadas en este informe, incluyendo la colaboración con el MSP, dirigiendo la investigación y publicaciones a audiencias específicas, planificando estratégicamente para analizar la forma en la que las actividades planificadas darán como resultado la reforma del sector salud, y utilizando la información de la prensa para influir en aquellos líderes políticos encargados de la toma de decisiones.
19. USAID/Ecuador deberá coordinar con el PAPPS y CEPAR para determinar dónde y cuándo puede la Misión usar su influencia para apoyar al proceso de la reforma del sector salud, y reforzar los esfuerzos del PAPPS.
20. USAID/Ecuador deberá extender el PAPPS en la medida en la que le sea factible, tomando en consideración las restricciones presupuestarias y administrativas.

CAPITULO 6. ROL E IMPACTO EN EL MINISTERIO DE SALUD

Introducción

Tres importantes propuestas para la reforma del sector salud han sido preparadas por diferentes instituciones:

- * La propuesta preparada por el CONAM para la Seguridad Social está dentro del alcance del proceso de la reforma dentro de la Seguridad Social. Esta es una propuesta bien estructurada pero carece de la integración y participación del sector salud.
- * La propuesta presentada por la Comisión formada por el Ministerio de Salud-Ministerio de Bienestar Social se basa en una nueva presentación del Sistema Nacional de Salud. Esta nueva estrategia reordenaría la prestación de servicios de salud públicos y privados pero requerirá de un fuerte consenso para su ejecución.
- * La propuesta de CONASA se basa en la integración sectorial. Esta propuesta busca mejorar tanto la cobertura como la calidad de los servicios y tiene la ventaja de haber sido preparada con la amplia participación de las instituciones más importantes dentro del sector salud.

Estas propuestas constituyen un progreso muy importante aunque los procesos de reforma y modernización no están avanzando al momento. La próxima transición en 1998 a un nuevo gobierno ha pospuesto cualquier decisión sobre la aprobación y ejecución de estas propuestas. En vista de esta situación, al momento se podría emprender las siguientes acciones:

Global

1. Reforzar, con el apoyo de USAID, la sustentabilidad de aquellos adelantos ya alcanzados en el proceso de la reforma, nuevamente teniendo en cuenta el análisis de la situación y las propuestas de grupos políticos importantes tales como el Consejo Nacional de Salud.
2. Auspiciar grupos de discusión de profesionales destacados pertenecientes al sector de la salud pública, tales como ex-Ministros de gobiernos recientes, que están familiarizados con los procesos de reforma y modernización y la apoyan.

3. Generar apoyo adicional de parte de grupos políticos importantes y de alto nivel, tales como el CONAM, que constituye el grupo más relevante en cuanto a apoyo político para la reforma a nivel gubernamental.

Adicionalmente, sería conveniente focalizar la asistencia de USAID haciendo una diferencia entre estrategias a nivel central y provincial.

Nivel Central

4. Apoyar la formación de un plan de salud que identifique claramente las orientaciones políticas y objetivos prioritarios y haga incapié en la equidad, calidad y eficiencia de los servicios. Este plan deberá utilizar métodos estratégicos que faciliten su adaptación a los procesos de reforma y modernización. Este plan puede ser presentado como una propuesta a las autoridades gubernamentales luego de las elecciones de 1998.
5. Continuar el apoyo a CONASA como una entidad técnica y política para la discusión y formulación de estrategias tendientes a la reforma.
6. Apoyar la formación de un Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos que dé prioridad a la capacitación. La forma, contenido y evaluación de esta capacitación deberán estar de acuerdo con los procesos de reforma, modernización y descentralización. El plan deberá también basarse en un análisis permanente del cumplimiento de las nuevas funciones asignadas dentro de todos los niveles técnicos y administrativos del MSP.
7. Continuar buscando y estimulando las actividades del CIAR que fomenten la coordinación conjunta de los esfuerzos y que ya han tenido éxito en integrar a otros donantes.
8. Las altas tasas de mortalidad materno-infantil en el Ecuador reflejan la necesidad de establecer políticas y metas a nivel nacional que enfatizan en la promoción de la atención de salud. A este respecto, la asistencia de USAID podría focalizarse aún más en la salud reproductiva, monitoreo del crecimiento del niño, y monitoreo y control de las enfermedades prevalentes en la niñez.

Nivel Provincial

9. Apoyar el establecimiento e institucionalización de comités provinciales de salud basados en acuerdos políticos y en responsabilidades definidas.
10. Estimular la definición por parte del MSP de mecanismos para el desarrollo de un plan estratégico de salud para cada provincia a través de la mayor participación que sea posible y donde la adaptación de las políticas de reforma sean priorizadas dentro del contexto político y social. En forma similar, el análisis epidemiológico es necesario para mejorar la equidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud, beneficiándose de los resultados ya obtenidos por el IMCI, RPM y ONGs.
11. En vista de los diferentes medios culturales de las regiones de la Sierra y la Costa, pueden extraerse experiencias positivas de las iniciativas provinciales de instituciones importantes como la Junta de Beneficencia del Guayas, una institución permanentemente autosuficiente, y la Fundación Pablo Jaramillo de Cuenca, y la capacidad analítica generada por USAID. Podría auspiciarse modelos adicionales que incluyan los mismos elementos de apoyo colectivo y alianzas estratégicas que permitan la amplia participación de la sociedad civil en el proceso.
12. Las realidades demográficas y culturales muestran que se requieren de estrategias especiales en las provincias con grupos étnicos en extrema pobreza, especialmente aquellos con poblaciones indígenas que constituyen un alto porcentaje de la población Ecuatoriana. Consecuentemente, la asistencia técnica para evaluar las realidades sociales y antropológicas de estos grupos debe ser una prioridad. A través de su experiencia en el diseño de proyectos de supervivencia infantil en el Ecuador, USAID ha considerado estos hechos y podría, por lo tanto, contribuir al diseño de programas que estén más de acuerdo con la realidad del Ecuador.
13. Una contribución muy importante durante este período de la reforma será la continuación del apoyo de USAID al MSP, especialmente a través de servicios de consultoría técnica directa para facilitar el diálogo. Hasta que

se instale un nuevo gobierno, sería también posible continuar proporcionando capacitación en apoyo del proceso de la reforma, tanto al nivel interno del MSP como a otras instituciones públicas y privadas. Esta capacitación podría ser sobre tópicos básicos tales como gerencia ejecutiva, administración y gerencia a nivel provincial, gerencia operativa a nivel local, gerencia de calidad y mercadeo social y de comunicación.

CAPITULO 7. ROL DE USAID

El Rol de USAID en la Reforma del Sector Salud

1. Puesto que la Fase 2 representa un "nuevo proyecto" en cuanto a diseño y estrategia, necesita estar en capacidad de adaptarse a la realidad de la discontinuación de USAID/E, mediante la planificación de su propia discontinuación de forma que coincida con la de la Misión. USAID/E deberá reconsiderar la decisión de terminar el proyecto de SI a finales del año fiscal 2000, y, preferentemente, extender su apoyo al sector salud mientras USAID/E esté en Ecuador.
2. El proyecto de SI deberá ser protegido contra cualquier reducción, en vista de su corta vida a la fecha y su necesidad de que USAID mantenga un contacto más extensivo con los ejecutores del proyecto.

Sustentabilidad de los Beneficios

3. USAID deberá dirigir sus esfuerzos a la modificación del PAPPS y APOLO de acuerdo a las recomendaciones de esta evaluación de modo que los resultados, o beneficios, puedan ser sostenidos posteriormente a la fecha de terminación del proyecto.

Gerencia del Proyecto

Global

4. Para que la Fase 2 alcance su verdadero potencial con el tiempo y recursos que USAID/E tiene disponibles, el grupo gerencial de USAID necesita involucrarse substancialmente para hacerse cargo de las recomendaciones de la evaluación, hacer las correcciones necesarias dentro de USAID y en APOLO y PAPPS, y monitorear muy de cerca los resultados.

Promoción de Sinergia

5. USAID deberá reorganizar el grupo de Supervivencia Infantil. USAID deberá volver a establecer el Comité Ejecutivo del Proyecto y mantener todas las reuniones en USAID en el futuro previsible.
6. Como gerente del proyecto, USAID debe asumir mayor responsabilidad en su trabajo con los representantes de los tres componentes y otros proyectos de USAID involucrados, para desarrollar una visión integral del proyecto e introducir una estrategia de equipo. En el contexto de la ejecución de las correcciones necesarias, los pasos posibles a seguir para cumplir esta meta incluyen lo siguiente:
 - (a) Sesiones cuidadosamente estructuradas entre participantes claves seleccionados--entre CARE y CEPAR--y entre el MSP y CARE--para identificar y tratar los sentimientos actuales de falta de respeto, resentimientos y competencia.
 - (b) Un ejercicio de creación de equipo y consenso entre los ejecutores de la Fase 2, diseñado para (1) articular las razones para trabajar juntos, (2) identificar las áreas de consenso, (3) comprender cómo deberían los componentes trabajar juntos, y (4) desarrollar actividades e indicadores específicos para seguir adelante. Este ejercicio deberá incluir la construcción de un diagrama de diseño integral del proyecto, incluyendo indicadores y deberá incluir los supervisores de los coordinadores de cada componente.
 - (c) Inicialmente, reuniones semanales entre USAID y los funcionarios encargados de tomar las

decisiones dentro de APOLO, PAPPS y otros miembros específicos del grupo para desarrollar planes, indicadores y fechas específicas para ejecutar las recomendaciones de la evaluación. Estos indicadores no deberán reflejar sólo el final de la Fase 2 del proyecto, sino que deberán reflejar el hecho de que USAID/E está en una fase de discontinuación. Una vez que se aprueben estos planes, ellos deberán ser incluidos en los Acuerdos Cooperativos enmendados.

- (d) APOLO y PAPPS podrían considerar el utilizar parte de las técnicas de creación de consenso del PAPPS para ayudar a resolver el conflicto con el MSP en Chordeleg, y promover una estrategia integral para los servicios de salud en el área de salud de mayor extensión de Gualaceo.
 - (e) El PAPPS podría usar algunas de las técnicas de APOLO para desarrollar materiales de comunicación para diferentes audiencias.
7. CARE y CEPAR deberán buscar la ayuda directa de USAID en asuntos claves donde el alto nivel de intervención de USAID pueda crear consenso y de esta forma acelerar el proceso de reforma. CEPAR deberá asumir un perfil más bajo y permitir que USAID realice intervenciones más oportunas en el proceso de la política. Por ejemplo, USAID podría tener una comunicación directa con el CONAM.

Comunicaciones y Monitoreo

8. USAID deberá tener contactos más frecuentes con los coordinadores de APOLO y PAPPS y contactos adicionales con otros miembros de sus respectivos equipos. El mantener este frecuente contacto podría requerir de personal adicional si las responsabilidades y obligaciones de trabajo del grupo actual de USAID no les permite ajustarse a las circunstancias.
9. USAID deberá involucrarse más directamente en el control de las actividades de CEPAR y APOLO en el campo y desde la perspectiva de sus colaboradores y clientes.

Formar Nexos para el Futuro

10. Las actividades de la Fase 2 pueden identificar y dar apoyo especial a aquellos miembros del MSP que están actualmente prestando una colaboración excelente, en áreas tales como IMCI, para prepararlos para el retiro del financiamiento bilateral de USAID.
11. Los miembros del equipo de evaluación deberán recibir la autorización formal de USAID/E para promover proactivamente el proyecto de SI, sus logros actuales, y su potencial para aquellos líderes claves en QA, PHR, RPM, BASICS y OMNI.

Dar Atención Especial a APOLO

12. Trabajar con APOLO para identificar oportunidades que sean mutuamente beneficiosas para colaborar con otros proyectos de USAID. Por ejemplo, OMNI está preparándose para emprender investigación de operaciones en suplemento de hierro en mujeres embarazadas. APOLO podría facilitar las discusiones entre OMNI y CEMOPLAF (Otavalo o Lago Agrio) para estas actividades.

1. INTRODUCCION

1.1 Alcance General

En octubre y noviembre de 1997 se ejecutó una evaluación intermedia externa (EIE) de la actividad de salud y supervivencia infantil de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/Ecuador (USAID/E). Esta actividad está incluida en el paquete de resultados de los servicios de salud materno-infantil que forman parte del *Objetivo Estratégico 2* de la Misión: *incremento del uso de servicios sustentables de salud materno infantil/planificación familiar*. El propósito de la evaluación intermedia fue revisar el diseño general del proyecto incluyendo sus indicadores; comparar los logros con los planes; y presentar recomendaciones para que se hagan las correcciones necesarias (ver el Alcance de Trabajo en el Apéndice A).

1.2 Composición del Grupo de Evaluación

El Grupo de Evaluación incluyó a los cuatro consultores internacionales siguientes que participaron en la evaluación: Mary Ruth Horner, MS, PhD, Jefe del Grupo y especialista en el diseño y evaluación de programas de salud materno infantil (SMI); Carlos Cuellar, MD, MPH, especialista en administración de servicios de salud; Eduardo Navas, MD, MPH, especialista en planificación de servicios de salud pública; y Hugh Waters, MPH, especialista en financiamiento de salud. Todos los miembros del Grupo dedicaron tiempo adicional luego de la evaluación para incorporar sus comentarios en el informe.

1.3 Revisión de Documentos

El Grupo revisó documentos seleccionados de USAID/E y de las tres principales agencias colaboradoras: el Ministerio de Salud (MSP), the *Cooperative for Assistance and Relief Everywhere* (CARE), y el Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR). Los miembros del Grupo también revisaron los documentos relativos a su área de responsabilidad. Otra información, como es el caso de datos sobre capacitación, folletos promocionales, y documentos de referencia, se obtuvo durante el transcurso de la evaluación (ver Bibliografía en el Apéndice B).

1.4 Entrevistas a Informantes Claves

El Grupo mantuvo conversaciones con funcionarios de USAID y representantes del MSP, CARE y CEPAR. El Grupo también entrevistó a representantes de cinco proyectos de asistencia técnica, financiados por USAID/Washington; la Organización Panamericana

de la Salud (OPS), UNICEF, El Banco Mundial, y las Organizaciones de Asistencia para el Desarrollo Canadiense y Holandesa.

1.5 Visitas a los Sitios

El Grupo completo viajó a las provincias de Azuay e Imbabura para visitar las instalaciones y entrevistar a las personas que colaboran en los varios componentes del proyecto de supervivencia infantil. En Azuay, el Grupo se reunió con funcionarios del MSP, representantes de Organizaciones no Gubernamentales (ONG), y colaboradores en los dos proyectos demostrativos de CARE. El Grupo condujo reuniones similares en Imbabura y se reunió con el personal de CEPAR en Cotacachi. Adicionalmente, el doctor Navas visitó Guayaquil para mantener reuniones con organizaciones claves incluyendo a representantes de la Escuela Politécnica del Litoral (ESPOL). El doctor Cuellar visitó el proyecto demostrativo de CARE en Santa Elena, cerca de Guayaquil. Se mantuvieron conversaciones con el personal en cada instalación visitada. (ver Lista de Contactos en el Apéndice C).

2. ANTECEDENTES

2.1 Gobierno

Ecuador es el último país de Sudamérica (exceptuando a las Guyanas) que emprende la descentralización. El hecho de estar sujeto a un gobierno centralizado e ineficiente impide que este pequeño, tranquilo y pacífico país avance tan rápidamente como podría en el mejoramiento de sus indicadores económico y social. Aunque la economía se ha desacelerado desde el auge petrolero de los años 1970 y 1980, está innecesariamente paralizada debido a estructuras políticas y sistemas gubernamentales obsoletos. En consecuencia, el Ecuador tiene un largo camino por recorrer, en comparación con sus vecinos latinoamericanos.

El Ecuador está actualmente dirigido por un Gobierno interino conocido, más casualmente, como un gobierno "sustituto". Las elecciones están programadas para mayo de 1998 y los ganadores se posesionarán en agosto. Algunos sectores son optimistas en cuanto a que la nueva Constitución, que está siendo preparada actualmente, establecerá los cimientos para una nueva estructura sobre la cual pueda construirse la tan necesaria reforma.

El Proyecto de Salud y Supervivencia Infantil de USAID ha venido operando en un contexto político extremadamente volátil. Desde la fecha de iniciación de la Fase 2 en 1995, el Ecuador ha tenido 3 presidentes y la rotación de personal, parálisis y confusión que inevitablemente acompaña un cambio gubernamental.

Aún más volátil que el mismo gobierno ha sido el cargo de Ministro de Salud. El actual Ministro es el cuarto en los pasados 16 meses. USAID, sus socios cooperativos, sus organizaciones similares y todos los otros elementos de la sociedad civil que se preocupan de los problemas de la salud, especialmente de aquellos de los segmentos más vulnerables de la población, se sienten justificadamente frustrados por este clima político general que puede y, de hecho, cambia a muchos activistas en pesimistas.

2.2 Indicadores Económicos

"La modernización", un tópico familiar en los medios de comunicación y entre la gente de negocios y profesionales, se refiere a los esfuerzos tendientes a disminuir el tamaño del gobierno especialmente a nivel nacional. Se refiere también al proceso de privatización de los servicios básicos tales como teléfono, gas y electricidad. Un concepto relacionado es la descentralización que se refiere a la transferencia de los centros de poder, toma de decisiones, y recursos de las oficinas a nivel nacional, a niveles de gobierno más periféricos, específicamente provincias, cantones y comunidades individuales. Desde los años 1980 el ingreso real ha disminuído; el crecimiento económico ha

permanecido igual al crecimiento de la población, de modo que el cambio neto es cero y el país no avanza. En vista de este estado estacionario, no hay fondos adicionales gubernamentales que estén disponibles para ser invertidos en servicios sociales o nuevas empresas. Solo un dos por ciento de la población controla el 70 % de la riqueza y el 40 % del presupuesto del Gobierno del Ecuador (GDE) se dedica al servicio de la deuda (versus el 17 % en los Estados Unidos).

En febrero de 1997, el último presidente que trató de tomar algunas medidas serias de modernización fué dramáticamente destituido por la opinión pública, influenciada en gran medida por poderosas coaliciones. En consecuencia, el Ecuador está, de esta manera, simplemente demorando el día en que finalmente deba enfrentar el hecho de que las amplias ineficiencias y subsidios gubernamentales no pueden mantenerse.

2.3 Indicadores de Salud

En muchos países el presupuesto del MSP está entre los más bajos de todos los sectores y en el Ecuador este presupuesto representa menos del 2% del PIB total. Dentro de esta pequeña cantidad, el 77% está dedicado a hospitales y niveles secundarios de atención de salud, mientras un 13% está dedicado a los servicios de salud pública. Este 13% es obviamente inadecuado para cubrir al 50% total o más de la población que vive en extrema pobreza.

Durante los últimos 10 años, conforme la población global se ha vuelto más urbanizada, la población indígena del Ecuador ha quedado cada vez más aislada. Sin acceso a los servicios adecuados de salud, los indicadores de salud de esta población han mostrado un descenso que es encubierto por las estadísticas nacionales y provinciales. Conforme a la información del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el país en general experimentó un marcado descenso en la tasa de mortalidad infantil (TMI) del 76.6 al 54.3 en 1980, al 30.3 en 1990. Sin embargo, esta tasa ha permanecido invariable durante la primera mitad de la década de los 90, lo cual sugiere que la habilidad del sistema de salud para alcanzar continuos mejoramientos durante una serie de décadas, está ahora seriamente comprometida.

En apariencia, una tasa de mortalidad infantil estática y las estadísticas que ésta implica son el resultado directo del acceso limitado a la atención de salud en las áreas rurales y a la deficiente calidad general de los servicios de MSP, tanto en las áreas rurales como urbanas. Y, detrás de estas estadísticas están los factores que afectan la capacidad del MSP para cumplir su mandato en beneficio de sus clientes: la distribución desigual de los recursos dentro de los sectores gubernamentales, la deficiente coordinación y evidente duplicación de servicios, la dependencia en los sistemas centralizados en cuanto a recursos y decisiones, la incapacidad para permitir la participación local, la falta de un plan nacional de salud, el manejo deficiente a todos los niveles, los servicios de salud desorganizados que son proporcionados por los sectores privados y de las ONGs, y los

poderosos sindicatos que protegen un status quo irracional.

2.4 Reforma de la Salud

Como en otros países en la región, Ecuador tiene una variedad de proveedores de atención de salud con servicios que se sobreponen, incluyendo al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), las Fuerzas Armadas, el MSP, y servicios privados. No obstante una proporción significativa de la población--30 por ciento--no tiene acceso ni a la atención básica de salud. La Figura 1 representa la relación entre pacientes, proveedores de servicios de salud y financiadores de la atención de salud. La mayoría de la población es pobre, trabaja en el sector informal o está desempleada y depende de los servicios públicos de salud financiados por las rentas generales del gobierno.

Figure 1.

Un análisis en profundidad del sistema de salud del Ecuador guió el diseño del actual Proyecto de Supervivencia Infantil de USAID. Para citar el Resumen Ejecutivo del Documento Conceptual utilizado para el rediseño del proyecto (Yamashita, 1994):

El análisis de USAID ha identificado problemas estructurales en el sistema de salud, tanto en los sectores público como privado, los cuales limitan su capacidad para incrementar la producción de servicios básicos de salud, atención primaria de salud y supervivencia infantil. El problema estructural en el Ecuador es que la ineficiente definición de las funciones y la deficiente coordinación entre los principales productores de los servicios de salud dan como resultado ineficiencias en la producción y prestación de los servicios de salud. Estas ineficiencias en la producción y prestación, a su vez, limitan la disponibilidad y acceso a los servicios básicos de atención de salud (es decir, atención primaria de salud y servicios de atención ambulatoria).

Cada vez más Ecuatorianos están demostrando su deseo de pagar por los servicios de salud, en gran parte porque estas opciones están más disponibles, son más accesibles y más efectivas que aquellas que el MSP ofrece "sin costo". Aún los servicios del MSP implican costo debido a transporte, pérdida de tiempo de trabajo, costos de medicinas y suministros y las visitas repetidas debido al tratamiento inefectivo. En todo el país se encuentra evidencia de este fenómeno que tiene relación con el deseo de pagar por los servicios de salud, el mismo que no está limitado a las clases media y alta ni a las áreas urbanas. La Figura 2 presenta un comportamiento continuo relacionado con los sistemas de financiamiento e información en la reforma de la atención de salud, desde el nivel más bajo donde no hay recuperación de costos, al nivel más alto donde el mercado de atención de salud es bastante segmentado. Las diferentes regiones del Ecuador se están moviendo de acuerdo a este comportamiento continuo, a niveles muy diferentes.

Entre los profesionales y donantes en el campo de la salud y el desarrollo, el término "reforma" evoca una gama de diferentes definiciones y una gama total de aspiraciones, expectativas y emociones. El concepto de reforma comenzó a tomar forma hace varios años bajo un Ministro de Salud progresista y popular. Sin embargo, desde su inicio la definición operativa de la reforma ha revertido, para muchos, en discusiones interminables sobre conceptos intangibles que se encuentran atascados dentro de la burocracia actual. Una discusión bien documentada y balanceada sobre la reforma de salud en el Ecuador escrita por un médico en salud pública, muy respetado, fué emitida durante la evaluación intermedia: El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: aportes para el debate.

Figure 2

3. ESTRATEGIA DE LA ASISTENCIA DE USAID

3.1 Perspectiva Histórica

USAID/E comenzó a apoyar las actividades de salud materno infantil y supervivencia infantil y al MSP en 1985, e inició el actual Proyecto de Salud y Supervivencia Infantil con el MSP en 1989. La actividad que está siendo evaluada comenzó en 1985 y fué oficialmente enmendada mediante la Enmienda 8 (también denominada como Fase 2) al proyecto actual. Aunque originalmente estuvo programada para terminar en mayo de 1999, se espera que la Fase 2 se extienda por 16 meses adicionales, desde mayo de 1999 hasta septiembre del 2000. Cuando este proyecto termine representará más de 15 años de inversión de USAID en apoyo de los esfuerzos de Ecuador en el campo de la supervivencia infantil, y una inversión en la reforma y modernización del sector salud de aproximadamente 5 años.

USAID/E está actualmente en un período de discontinuación en Ecuador. En 1989, el Proyecto de Supervivencia Infantil tenían un financiamiento de US\$ 11.7 millones; la Enmienda 8 incrementó el financiamiento total en US\$ 6.3 millones, dando como resultado un financiamiento final del proyecto de US\$ 18 millones. Desde una perspectiva histórica, las Enmiendas 1 a la 7 al Proyecto original de Salud y Supervivencia Infantil fueron mecanismos que sirvieron para agregar fondos y extender las fechas de terminación. La Enmienda 8, sin embargo, representa un cambio radical en la estrategia de USAID para apoyar el mejoramiento de los servicios de salud materno infantil en el Ecuador.

La fase 1 del Proyecto de Supervivencia Infantil fué evaluada a mediados de 1993. Como resultado, en 1994 USAID decidió embarcarse en un enfoque completamente nuevo y rediseñó totalmente el Proyecto de Supervivencia Infantil para la Fase 2. Esta decisión cambió la estrategia de USAID de aquella de tratar de mejorar los servicios de salud materno infantil a través del MSP a otra de tratar de acelerar el proceso de la reforma del sector salud por medios totalmente diferentes. Puesta en práctica, esta nueva estrategia dió como resultado una dramática reducción en los fondos que USAID tenía disponibles para apoyar las operaciones del MSP. La gran mayoría de fondos del proyecto fueron reasignados, a través de la Enmienda 8, a la incorporación de dos ONGs, CEPAR y CARE, directa y substancialmente dentro del plan de acción de USAID. Por lo tanto, la Enmienda 8, cuyo título parece engañosamente inocuo, representa realmente para USAID un nuevo punto de partida (Enero 1, 1995) de una nueva estrategia, con nuevos colaboradores, para trabajar en la reforma del sector salud del Ecuador.

3.2 Meta del Proyecto, Objetivo Estratégico 2, y Resultados Intermedios

La meta general sigue siendo la misma que la del proyecto original de 1989: Mejorar la salud de infantes, niños y madres en el Ecuador. El *Objetivo Estratégico 2* de la Misión es "*incremento del uso de servicios sustentables de salud materno infantil y de planificación familiar*". El Proyecto de Supervivencia Infantil enfoca el componente de salud materno infantil del *Objetivo Estratégico 2* e incluye *dos Resultados Intermedios (RI)*:

- * *RI3: mejor calidad y acceso a los servicios de salud materno infantil;*
- * *RI4: mayor sustentabilidad de las ONGs en el campo de la salud.*

3.3 Marco Político

El Proyecto de supervivencia infantil de USAID apoya el desarrollo y ejecución de acciones para promover nuevas reformas de salud en varias esferas de la sociedad civil. En general, el GDE está modernizando y descentralizando sus políticas, estructuras y operaciones. Como se puede resumir de la Enmienda 8 del Convenio de Fondos no Reembolsables del Proyecto, las políticas de salud prioritarias que la Fase 2 debe tratar son las siguientes:

- * Focalización de los recursos públicos en las necesidades de salud de los pobres;
- * Ejecución de políticas y mecanismos de recuperación de costos para los servicios de salud;
- * Mejoramiento de la definición de roles y funciones entre las instituciones del sector salud;
- * Descentralización de la prestación de servicios de salud a entidades de nivel local;
- * Fomento de un rol más amplio para el sector privado y municipalidades como principales proveedores de servicios de salud; e
- * Incorporación de las ONGs, fundaciones privadas e instituciones privadas con fines de lucro, dentro de la prestación de servicios de salud.

3.4 Componentes del Proyecto

3.4.1 Reforma de la Política del Ministerio de Salud

Este componente apoya la asistencia técnica, capacitación y costos de operación dedicados a formular y ejecutar actividades de reforma y modernización del sector salud. Las actividades específicas incluyen las siguientes:

- * Financiamiento para ESPOL, que tiene un programa de post-grado en la administración de la atención de salud;
- * Apoyo para la oficina de coordinación de ONGs en el MSP, cuyo mandato incluye el facilitar los convenios entre el MSP y las ONGs para la prestación de servicios de salud;
- * Visitas de estudio, por parte de líderes del gobierno, trabajadores y líderes del sector privado ecuatorianos, para conocer sobre las reformas del sector salud en otros países latinoamericanos;
- * Apoyo financiero para seminarios, materiales, software, manuales y viajes relacionados con las actividades de reforma y modernización de la salud; y
- * Asistencia técnica de cinco proyectos financiados por USAID/Washington:

1. **BASIC (Basic support for Institutionalizing Child Survival):** Para capacitación en el nuevo paradigma de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para un manejo integrado de las enfermedades de la infancia (*Integrated Management of Childhood Illnesses* [IMCI]).
2. **OMNI (Opportunities for Micronutrient Intervencions):** Para investigación, operaciones y mercadeo social, con el fin de proporcionar a los grupos vulnerables el suplemento necesario de vitamina A y hierro y fortificar la harina con hierro.
3. **PHR (Partnerships for Health Reform):** Para prestar asistencia en el desarrollo y ejecución de reformas de políticas que mejoren la equidad, eficiencia, efectividad, calidad y sustentabilidad de los sistemas de salud y modernización del Ministerio de Salud pública.
4. **QA (Quality Assurance):** Para introducir mejoras en los procedimientos de seguridad de la calidad, administración y

sistemas de monitoreo de los servicios de salud proporcionados a niveles operativos.

5. **RPM (Rational Pharmaceutical Management):** Para investigación de operaciones dentro de la educación pública sobre el uso apropiado de las medicinas básicas y para el desarrollo de mercados alternativos para vender los medicamentos básicos.

3.4.2 Análisis y Promoción de la Política

Este componente apoya a la ONG local, CEPAR, en el desarrollo y ejecución de actividades dirigidas a establecer un amplio consenso entre los líderes ecuatorianos y grupos interesados en la reforma y modernización del sector salud. Estas actividades incluyen seminarios, conferencias, reuniones de promoción y foros de las ONGs con representantes de varios grupos gubernamentales y no gubernamentales que frecuentemente mantienen puntos de vista opuestos. Adicionalmente, CEPAR conduce y distribuye análisis y estudios sobre las reformas de la política de salud para estimular y promover el mayor diálogo público sobre la necesidad de modernizar las instituciones del sector salud y los sistemas de prestación de servicios. CEPAR está también ensayando estos principios básicos en dos provincias - Azuay e Imbabura - y tres cantones que cubren una área equivalente a un condado en los Estados Unidos--Cotacachi en la provincia de Imbabura; Sucúa, en Morona Santiago; y Ventanas en la provincia de Los Ríos--para transformar los conceptos teóricos de la reforma y descentralización de la salud en acciones concretas. El presupuesto para esta actividad es US\$ 2 millones.

3.4.3 Fortalecimiento del Programa del Sector Privado

Este componente apoya a CARE en el desarrollo de la capacidad de las instituciones del sector privado y municipalidades para proporcionar servicios de atención de salud primaria y de supervivencia infantil que sean sustentables. A través de un proceso sistemático CARE desarrolló criterios para identificar a las posibles instituciones colaboradoras y, una vez que los socios fueron seleccionados, condujo estudios rápidos de factibilidad. Los estudios de base sirvieron para evaluar las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en el área de captación de cada socio. Los diez proyectos demostrativos resultantes están localizados en ocho diferentes provincias y están categorizados en la siguiente forma:

- * Expansión de los servicios ofrecidos (2 proyectos)
- * Expansión de la cobertura (1 proyecto)
- * Servicios integrados de salud en la Amazonía (1 proyecto)

- * Red integrada de servicios de salud (1 proyecto)
- * Descentralización de los servicios coordinados con la municipalidad (3 proyectos)
- * Subsidización cruzada de los servicios de salud (1 proyecto)
- * Integración de la medicina tradicional y occidental (1 proyecto)

Los socios involucrados en estos proyectos demostrativos recibieron subdonaciones para mejorar su infraestructura física, y sus sistemas de información y capacitación. Dichos socios incluyen a ONGs, la Iglesia Católica, una fundación privada y gobiernos municipales. El presupuesto para esta actividad es de \$3.4 millones.

4. FORTALECIMIENTO DE PROGRAMAS DEL SECTOR PRIVADO (CARE/APOLO)

4.1 Descripción y Objetivos Generales

CARE/Ecuador ejecuta el proyecto de Apoyo a Organizaciones Locales (APOLO) que está diseñado para fortalecer las reformas de la política del sector salud del Ecuador, a través de la ejecución de proyectos demostrativos que incluyen descentralización, financiamiento alternativo, prestación de servicios y un mayor acceso a los servicios de salud.

La relación entre CARE y el MSP en este proyecto es bastante inusual y fué deliberadamente diseñada en esa forma en el Acuerdo Cooperativo de CARE con USAID. CARE será principalmente evaluada en cuanto a su éxito en fortalecer a las ONGs del sector privado, de modo que las ONGs puedan desempeñar un mayor rol en el sector de la salud y, en consecuencia, en la reforma de la salud. Los esfuerzos de CARE para desarrollar y ensayar un "modelo descentralizado" que incluya al MSP y a la municipalidad local fué inicialmente un objetivo secundario que ha tomado importancia con el transcurrir del tiempo pero que, sin embargo, permanece como objetivo secundario. Sin embargo, desde la perspectiva y participación del MSP en APOLO, el modelo descentralizado es el objetivo principal debido principal y básicamente, a que los otros modelos no incluyen al MSP. Para los diseñadores de la Fase 2, el componente CARE fué desarrollado en gran medida como resultado de la dificultad que USAID enfrentó históricamente en su afán de trabajar con el MSP; en consecuencia, la coordinación de CARE con el MSP no fué un factor importante.

El objetivo principal de este proyecto es "mejorar la efectividad, calidad y cobertura, de los servicios de atención de salud primaria y supervivencia infantil, a través de una mayor y sostenida participación de las organizaciones privadas sin fines de lucro (también conocidas como ONGs) y otras instituciones del sector privado y municipalidades.

Los objetivos específicos del proyecto son los siguientes:

- * Incrementar la cobertura, calidad y sustentabilidad financiera de los servicios de supervivencia infantil y de atención primaria de salud, para las familias de bajos ingresos en las áreas rurales y urbano marginales a través de organizaciones del sector privado, por medio de modelos autofinanciables de atención primaria de salud y de supervivencia infantil.
- * Fortalecer la capacidad institucional de las ONGs para planificar, presupuestar, comercializar, administrar y programar la prestación de servicios de atención primaria de salud y de supervivencia infantil.
- * Desarrollar o mejorar mecanismos de coordinación efectiva y sostenible

con instituciones públicas y privadas de atención de salud para la prestación de servicios de atención primaria de salud y supervivencia infantil.

Las tres principales actividades de APOLO son: (1) asistencia técnica y capacitación de grupos locales en desarrollo de la organización, recuperación de costos, mercadeo, supervivencia infantil y atención primaria de salud; (2) subdonaciones a 10 organizaciones privadas; y (3) desarrollo de por lo menor cinco modelos demostrativos.

Desde el inicio de APOLO, el proyecto ha trabajado con aproximadamente 25 instituciones del sector privado, con y sin fines de lucro, para demostrar modelos nuevos e innovativos de prestación de servicios de salud, sostenibles y de bajo costo, y para proporcionar asistencia técnica y capacitación.

Los siguientes resultados y conclusiones se basan en las observaciones del grupo de evaluación en las oficinas de APOLO en Quito y en los proyectos demostrativos visitados en Chordeleg, Fundación Pablo Jaramillo, Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) en Otavalo y Santa Elena.

4.2 Impacto en la Capacidad y Rol Del Sector Privado, Ongs, y Municipalidades como Proveedores de Servicios

4.2.1 Hallazgos en el Sector Privado

La asistencia del proyecto proporcionada a las ONGs visitadas les capacitó para mejorar su calidad y expandir su capacidad como proveedoras de servicios, al fortalecer sus capacidades organizativas, técnicas y financieras. La asistencia técnica y la capacitación fueron complementadas con apoyo en infraestructura, equipo y pago de personal clave. Ejemplos de la asistencia suministrada por el proyecto son los siguientes:

- * **CEMOPLAF en Otavalo:** El paquete de servicios fué ampliado de forma que incluya un programa de salud infantil que incluye capacitación en IMCI, apoyo para infraestructura, apoyo para adquisición de equipo médico y computación e implementación de tres nuevas unidades de prestación de servicios que proporcionan servicios pediátricos seleccionados en base a criterios epidemiológicos. El proyecto cubre algunos costos de personal.
- * **Fundación Pallo Jaramillo:** Capacitación en IMCI, apoyo para infraestructura, automatización de los registros de producción de servicios, automatización del sistema de registro de usuarios para facilitar la focalización de subsidios y provisión de un sistema de información financiera para la fijación de costos y precios de los servicios. Este último

sistema ha alcanzado un nivel significativo pero deben incorporarse mejoras adicionales. El proyecto también cubre parte de costos de personal.

- * **Chordeleg:** Capacitación en IMCI, provisión de equipo, capacitación técnica y administrativa. El apoyo para infraestructura depende de la definición de la transferencia en comodato del subcentro a la Curia. Cubre parte de costos de personal.
- * **Santa Elena:** Capacitación en IMCI, apoyo para infraestructura, asistencia técnica y capacitación técnica y administrativa. No reciben apoyo para pagar al personal.

4.2.2 Conclusiones.

Es evidente que si se puede mejorar las capacidades de prestación de servicios de las ONGs a través de intervenciones específicas que comprendan asistencia técnica, capacitación y apoyo para infraestructura, equipo, costos de operación y parte de los costos del personal. Como resultado de las intervenciones de APOLO, se están ofreciendo más servicios y se está incrementando el uso de los servicios en Chordeleg, Fundación Pablo Jaramillo, CEMOPLAF en Otavalo y Clínica Cristo Redentor en Santa Elena. Sin embargo, el apoyo a estas organizaciones está todavía en fase de ejecución y se requerirá de mejoras adicionales para cumplir los objetivos del proyecto. El promedio mensual de consultas curativas, ambulatorias, antes y después de la intervención de APOLO se indica en la tabla 1.

Tabla 1

Crecimiento de los Servicios Ambulatorios en las Clínicas Apoyadas por APOLO

Localización	Fecha del Estudio de Factibilidad	No. de Consultas por Mes en instalación	No. de Consultas por Mes Post-Intervención	Fecha
Otavalo	Febrero 96	412	776	Agosto 97
Chordeleg	Abril 96	300	403	Septiembre 97
Santa Elena	Febrero 97	2.913	2.230	Septiembre 97
F.P. Jaramillo	Abril 96	2.069	2.659	Marzo 97

Fuente: Sistema de Información Gerencial de APOLO

4.3 Impacto en la Descentralización

El impacto del proyecto en la descentralización debe ser observado desde dos perspectivas: (1) contribución a la transferencia de poder desde el nivel central al local; y (2) contribuciones para fortalecer las capacidades y participación de las organizaciones y autoridades locales.

4.3.1 Hallazgos

Como resultado del proceso de implementación del proyecto en Chordeleg y Santa Elena, el alcalde y las autoridades municipales están más conscientes de los problemas del sector salud y están compartiendo responsabilidades en esta área. Además, las organizaciones locales existentes han sido fortalecidas, como se evidenció en el dispensario de la Curia en Chordeleg, la Fundación Pablo Jaramillo en Cuenca, CEMOPLAF en Otavalo y la Clínica Cristo Redentor en Santa Elena. APOLO ayudó a fortalecer a estas organizaciones proporcionándoles varios instrumentos administrativos, investigación, capacitación y actividades de movilización social. Los datos fueron utilizados en el proceso de toma de decisiones en Chordeleg, en la Fundación Pablo Jaramillo, en CEMOPLAF de Otavalo y en la Clínica Cristo Redentor.

APOLO estuvo en capacidad de trabajar estrechamente con el MSP en las actividades de inmunización, de acuerdo como se evidenció en los puestos de vacunación oficial que operan en las Clínicas de la Fundación Pablo Jaramillo, en CEMOPLAF de Otavalo y en la Clínica Cristo Redentor. Sin embargo, en Chordeleg la importante coordinación con el MSP no ha dado todavía como resultado la transferencia, en comodato, del subcentro de salud al comité municipal. Tanto el Jefe de Área de Gualaceo (del cual depende el subcentro de Chordeleg) como el Director provincial en Cuenca manifestaron su preocupación sobre la posible duplicación de esfuerzos si el proyecto continúa siendo incrementado en el Dispensario de la Curia, en competencia con el Centro de propiedad del MSP.

4.3.2 Conclusiones

La contribución de APOLO para desarrollar el sector de las ONGs ha dado como resultado una mayor cobertura, una mejor calidad de los servicios, una mayor habilidad para recuperar los costos con cobros a los usuarios y mejores habilidades gerenciales. Adicionalmente, las ONGs participantes recibieron nuevos instrumentos de manejo (tales como la M&E computarizada) y como resultado, ellas están ahora mejor organizadas y, por lo tanto, capacitadas para participar y contribuir en la reforma. En resumen, APOLO está alcanzando su principal objetivo (fortalecer a las ONGs del sector privado) a través

de una serie de intervenciones específicas en las ONGs existentes (es decir, los proyectos demostrativos).

El proyecto también ha contribuido al proceso de descentralización al fortalecer a organizaciones locales y aumentar la concientización de las municipalidades de Chordeleg y Santa Elena para asumir un rol activo en la solución de los problemas de salud de sus comunidades. Aunque el proceso no ha concluido todavía las organizaciones locales visitadas tienen mayores capacidades técnicas y administrativas para afrontar los retos y responsabilidades que les serán asignados por el MSP o las municipalidades. Aunque el modelo descentralizado con el MSP/Municipalidad fue considerado inicialmente como un objetivo secundario, ha crecido definitivamente en importancia con el transcurso del tiempo. Para el MSP, éste debería ser el objetivo principal y, con bastante lógica, ellos han expresado un gran interés en incrementar la coordinación y aprender más de los otros proyectos demostrativos de APOLO.

Coordinar las actividades con el MSP es mucho más fácil cuando la implementación de las intervenciones no depende del uso de las instalaciones o recursos del MSP, o cuando se incluye a organizaciones autónomas y de larga duración (por ejemplo, la Fundación Pablo Jaramillo, CEMOPLAF en Otavalo y la Clínica Cristo Redentor).

Existe una posibilidad de duplicación de esfuerzos en Chordeleg, debido a que no se ha realizado todavía la transferencia en comodato del subcentro del MSP de Chordeleg. Como resultado de esta duplicación de esfuerzos en un mercado tan pequeño, la sustentabilidad del proyecto apoyado por APOLO está en serio riesgo y su contribución al proceso de descentralización es limitado.

4.4 Capacidad Local para Participar en las Actividades de Reforma de la Salud

La capacidad local para participar en el proceso de la reforma de la salud está relacionada con el nivel de sinergia que pueda alcanzarse a través de la coordinación de los esfuerzos del proyecto demostrativo, el apoyo de la municipalidad y la coordinación con el Ministerio de Salud Pública. La integración de estos factores determinará, en gran medida, el potencial de una área del proyecto como proveedor eficiente y sostenible (efecto directo) y su potencial para ser replicada (efecto indirecto).

4.4.1 Hallazgos que Indican las Áreas de Influencia del Proyecto Demostrativo

Fundación Pablo Jaramillo: la capacidad técnica y gerencial alcanzada a través de la experiencia de esta institución puede ayudar a otras ONGs a fortalecer las capacidades locales. La alta credibilidad de esta institución puede influir en la voluntad del MSP para fomentar la participación del sector privado. La Fundación tiene una relación limitada

con la municipalidad y actualmente coordina sus operaciones con el MSP para realizar las inmunizaciones.

CEMOPLAF/Otavallo: Este sitio puede servir no solo como un modelo a ser replicado por CEMOPLAF sino también como un modelo demostrativo a ser utilizado por organizaciones similares. CEMOPLAF no tiene relación con la municipalidad, aunque coordina operaciones con el MSP (para inmunizaciones e IMCI).

Chordeleg: Un alcalde que es sensible a la nueva Ley de Descentralización y Participación Social puede difundir su experiencia entre sus colegas y autoridades de salud. El punto débil en este sitio es la falta de una coordinación efectiva con el MSP.

Santa Elena: En esta localidad están presentes tres elementos importantes: (1) un alcalde que está motivado y enterado de los problemas de salud, (2) una infraestructura local manifestada por la Curia de Santa Elena (propietaria de la Clínica Cristo Redentor), y cinco dispensarios que actualmente están siendo organizados en una red de servicios de salud; y (3) buena coordinación con la unidad local del MSP.

4.4.2 Conclusiones

Las áreas del proyecto visitadas tienen capacidades potenciales para participar en las actividades de la reforma directa e indirectamente. Sin embargo, la integración de los tres elementos que determinan la capacidad de participación en la reforma de la salud (ONGs, Municipalidad y MSP) es solo evidente en Santa Elena. Consecuentemente, Santa Elena puede tener una mayor capacidad de participación. La Fundación Pablo Jaramillo y CEMOPLAF de Otavallo están concentradas en intervenciones técnicas y administrativas específicas (subsidios focalizados y diversificación del paquete de servicios) que puedan ser replicados. Si la Fundación Pablo Jaramillo desarrolla una red periférica podría también llegar a ser un buen sitio demostrativo. La tabla 2 muestra la relación entre los tres elementos en los cuatro sitios del proyecto.

Tabla 2

Rol de la ONG, Municipalidad y MSP en Cuatro Proyectos Demostrativos

Proyecto Demostrativo	Rol de la ONG	Rol de la Municipalidad	Rol del MSP
Chordeleg	La Curia en Chordeleg administra y proporciona apoyo para la prestación de servicios en su propio dispensario	La Municipalidad involucrada y comprometida. Hay un Comité Cantonal de Salud sin participación del MSP.	Problemas de coordinación. El MSP no participa.
F. Pablo Jaramillo	La Fundación administra y proporciona apoyo económico a las actividades de una clínica. No tiene todavía una red periférica.	La Municipalidad no está involucrada.	Un alto concepto por parte de las autoridades del MSP Hay coordinación operativa en inmunizaciones e IMCI.
CEMOPLAF/ Otavalo	Administrada y totalmente apoyada por la sede en Quito, es parte de una red involucrada principalmente en actividades de PF.	La Municipalidad no está involucrada.	Hay coordinación operativa en inmunizaciones, IMCI, y PF.
Santa Elena	La Curia de Santa Elena administra y apoya la Clínica Cristo Redentor y cinco dispensarios.	La Municipalidad involucrada y comprometida. Hay un Comité Cantonal de Salud con participación del MSP.	Mantenida en alto concepto por las autoridades del MSP. Hay coordinación operativa en inmunizaciones e IMCI.

Los proyectos demostrativos han incorporado una o dos intervenciones específicas dentro de modelos ya existentes. El concepto actual de los proyectos demostrativos no anticipa el desarrollo de un modelo general que incluya las experiencias obtenidas durante esta fase experimental. Dicho resultado podría ser útil para promover la reforma.

4.5 Utilidad y Calidad de los Instrumentos Gerenciales

4.5.1 Hallazgos

Estudios Rápidos de Factibilidad (ERF): De acuerdo a las organizaciones entrevistadas, los estudios rápidos de factibilidad les permitieron conocer mejor su propia organización, campo de acción y mercado. Para el grupo de APOLO estos estudios fueron utilizados no solo para tomar una decisión de trabajar en un sitio determinado sino también para determinar el tipo de intervención o proyecto demostrativo a ser ejecutado.

Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E): Aunque este sistema está bien estructurado en general y está siendo ejecutado o utilizado en los varios proyectos demostrativos, debe anotarse lo siguiente:

- * La información respecto a los servicios médicos no incluye datos de morbilidad que permitan a los proyectos medir la cobertura de las consultas curativas en relación a la población en el área de influencia.
- * Los indicadores técnicos utilizados solo permiten comparar lo que se obtuvo con lo que fue planificado. Ellos no incluyen indicadores para medir las tasas de cobertura de los diversos servicios en relación a la población objetivo como un conjunto.
- * Con relación a los datos financieros, el sistema APOLO no incluye todavía los datos financieros o la información relacionada con la recuperación de costos en los proyectos demostrativos.
- * El sistema de fijación de costos instalado en la Fundación Pablo Jaramillo es apropiado pero necesita ser actualizado manualmente en una base regular. El sistema de fijación de costos dentro del modelo de subsidio focalizado es apropiado y efectivo. El personal sabe cómo usar este sistema.
- * En cuanto a los proyectos de CEMOPLAF, los cálculos de recuperación de costos y otros datos financieros se llevan a cabo en las oficinas centrales de CEMOPLAF en Quito.
- * En los otros proyectos demostrativos visitados, todavía no se han implementado los sistemas de fijación de costos y precios.
- * APOLO no tiene todavía indicadores de calidad o un sistema para hacer el seguimiento de la calidad de los servicios.

El Manual de Costos: Está técnicamente bien desarrollado y es apropiado para el nivel y necesidades de la Fundación Pablo Jaramillo, pero no es necesariamente adecuado para los otros proyectos demostrativos.

Estudios de Línea de Base: Un apoyo importante mientras se planifican las actividades y estrategias de los proyectos demostrativos. Sin embargo, el tamaño de la muestra parece ser insuficiente para medir estadísticamente diferencias significativas, como son las tasas de mortalidad infantil.

Método para Crear una Equidad Efectiva: Permite la identificación de los factores de riesgo a niveles social (geográfico), familiar e individual de modo que las acciones preventivas promocionales y curativas puedan ser focalizadas. Utilizado en el proyecto demostrativo de CEMOPLAF en Otavalo, este método es un aporte valioso a los objetivos del proyecto.

Investigación Cualitativa para Mercadeo Social: Utilizado junto con los ERF para comprender las opiniones de la comunidad y el nivel de aceptación de los servicios ofrecidos. Luego de que los proyectos fueron ejecutados, este método fué utilizado para conocer las percepciones de los clientes en cuanto a la calidad de los servicios.

Capacitación: Provista a pedido de las ONGs apoyadas, y también dirigida a aquellas necesidades específicas establecidas durante los ERF. La capacitación fue proporcionada a través de tres métodos: (1) cursos formales, (2) capacitación en servicio, y (3) viajes de observación. Un grupo de funcionarios de las ONGs que están siendo apoyadas y del MSP realizaron una productiva visita de estudios al sistema de atención de partos de PROSALUD en Bolivia. El MSP también solicitó asistencia de los miembros del grupo gerencial de APOLO para actividades de capacitación.

4.5.2 Conclusiones

El grupo de instrumentos gerenciales desarrollado por el grupo del Proyecto APOLO es útil y está siendo aplicado a nivel central así como por las ONGs apoyadas. Los Estudios Rápidos de Factibilidad y los estudios de línea de base han sido instrumentales para tomar decisiones sobre los sitios y modelos demostrativos a desarrollar. Aunque se ha alcanzado un considerable progreso, la ejecución del sistema de monitoreo y evaluación a nivel central y con las ONGs es insuficiente. Adicionalmente, el sistema de fijación de costos ha sido preparado pero todavía no se lo ha ejecutado ni adaptado a las necesidades de cada ONG.

Las actividades de capacitación se han realizado de modo que traten las necesidades definidas por el grupo APOLO así como los requisitos específicos de las ONGs apoyadas.

4.6 Resultados Verificables al Final del Proyecto

4.6.1 Conclusiones

El período establecido para la selección de proyectos y la planificación y ejecución de los proyectos demostrativos fue mayor al previsto. Por esa razón, el progreso alcanzado durante la vida del proyecto no llegará a un punto en que el efecto demostrativo pueda influir en el proceso de la reforma. Sin embargo, podrían surgir uno o dos modelos integrados de los proyectos demostrativos que, aunque no estén totalmente terminados, podrían establecer la base conceptual para establecer el rol potencial y real del sector privado y su relación con las municipalidades y el MSP.

Es necesario recalcar nuevamente que el estado de M&E no permite medir los resultados, como se desearía. Como se indicó anteriormente, para establecer resultados que sean medibles se debe alcanzar algún mejoramiento de M&E, incluyendo la ejecución de los sistemas financieros. Además, el tamaño de la muestra y el universo de los estudios de base no serán suficientes, a finales del proyecto, para demostrar diferencias estadísticamente significativas.

4.7 Factibilidad de los Objetivos de los Proyectos Demostrativos

4.7.1 Hallazgos

En general, los objetivos de los proyectos demostrativos son factibles pero hace falta introducir acciones correctivas al M&E y a los sistemas financieros. Adicionalmente, los proyectos demostrativos requieren de algunas mejoras:

- * **Fundación Pablo Jaramillo:** La factibilidad de los objetivos depende, en gran parte, del tipo de las estrategias de extensión (por ejemplo, proveedores preferidos o unidades periféricas) que deben definirse.
- * **CEMOPLAF/Otavalo:** La factibilidad de los objetivos depende del nivel de sustentabilidad de las unidades periféricas, especialmente en Ilumán.
- * **Chordeleg:** La factibilidad de los objetivos a largo plazo estaría seriamente comprometida si no se llega a un acuerdo con el MSP para la transferencia en comodato del subcentro.
- * **Santa Elena:** Los objetivos son factibles y dependen del desarrollo e integración de la red de trabajo, incluyendo la incorporación de los cinco dispensarios de la curia.

4.7.2 Conclusiones

La factibilidad de los proyectos demostrativos depende, en gran medida, de las acciones y decisiones futuras. En relación a la Fundación Pablo Jaramillo, CEMOPLAF/Otavalo y la Clínica Cristo Redentor, los factores que afectan su factibilidad son básicamente internos. En el caso de Chordeleg, el factor clave es externo: la falta de un acuerdo con el MSP con relación al subcentro.

4.8 Metas de Sustentabilidad de los Proyectos Demostrativos

La tabla 3 contiene un análisis de la sustentabilidad de los proyectos demostrativos observados.

Tabla 3

Análisis de los Elementos de Sustentabilidad de Cuatro Proyectos Demostrativos

Proyecto	Elemento				
	Institucional	Social	Técnico	Financiero	Político Social
Chordeleg	Sustentable como institución, pero la sustentabilidad del proyecto demostrativo depende de su habilidad para llegar a un acuerdo con el MSP.	Depende de la calidad y aceptación de los servicios por la comunidad.	Necesita: (1) fortalecimiento del IMCI y ejecución de un programa de salud materno-infantil (2) supervisión y monitoreo del MSP.	Condiciones: (1) que el MSP acepte la ejecución del la recuperación de costos y otras estrategias financieras. (2) definir cómo se asumirán los costos del personal actualmente cubiertos por el proyecto.	Condición: apoyo continuado de la municipalidad.
Función Pablo Jaramillo	Sustentable. El modelo requiere de un acuerdo con el MSP y/o municipalidad si se eligen unidades periféricas para expansión.	Buena calidad y aceptabilidad de los servicios clínicos. Estos indicadores deben ser seguidos por los proveedores preferidos o unidades periféricas.	Componentes técnicos tales como IMCI requieren de seguimiento. Hay capacidad institucional para mantener buena calidad de servicios.	Condiciones: (1) que le sistema de costos y precios se ejecute e institucionalice. (2) Definir cómo se asumirán los costos de personal actualmente cubiertos por el proyecto.	Fuerte y sustentable.
CEMOPLAF/ Otavalo	Sustentable. El modelo requiere acuerdo con MSP o con proveedores privados para atención de parto a fin de completar el paquete de servicios.	Buena calidad y aceptabilidad de los servicios clínicos por la comunidad. Debe hacerse el monitoreo de estos indicadores en las unidades periféricas.	El componente IMCI sólo necesita seguimiento hasta que se consolide dentro de la institución. En el programa de salud MI, todavía no se define el mejor sistema para atención el parto.	Condiciones: (1) Llegar a un acuerdo con el MSP, quien ha aceptado la ejecución de recuperación de costos en su centro en Otavalo. (2) Definir cómo se pagarán los costos de personal actualmente cubiertos por el proyecto.	Fuerte y sustentable.
Santa Elena	Una institución sustentable. El modelo es apoyado por la municipalidad y autoridades locales. Se ha establecido un Comité Contonal de Salud con amplia participación social.	Buena calidad y aceptabilidad de la comunidad. Un elemento crítico será la incorporación de los cinco dispensarios de la Curia en una red.	El componente IMCI solo necesita seguimiento. El sistema de atención de partos se hará cuando se complete la readecuación de construcción.	Condiciones: (1) Establecer una red del centro de salud y cinco dispensarios periféricos de la Curia. (2) Alcanzar un acuerdo más formal con el MSP.	Fuerte y sustentable.

4.9 Replicabilidad de los Proyectos Demostrativos

Asumiendo que los proyectos demostrativos alcancen sus objetivos su replicabilidad debe ser analizada mediante la definición de los elementos a ser replicados y sus posibles beneficiarios. El criterio importante para este análisis es el mantenimiento de los beneficios antes que el proyecto mismo o su institución ejecutora, reconociendo que estos dos elementos están interrelacionados.

Tabla 4

Análisis de los Elementos de Replicabilidad de los Cuatro Proyectos Demostrativos

Proyecto	Definición	Replicabilidad		
		Interna	Para otras ONGs	Para el MSP
Chordeleg	Administración privada de servicios públicos por parte de una organización de la iglesia, recibidos en comodato y con el apoyo municipal a través de un comité de salud.	N/A	Es replicable si el MSP establece claramente su aceptación a la participación de organizaciones privadas en la administración de los servicios públicos. Esto implica establecer reglas de juego claras y permanentes.	N/A
Fundación Pablo Jaramillo	(1) Participación de una fundación, establecida por una familia empresarial socialmente sensible que ofrece un servicio público de salud; (2) Un sistema focalizado de subsidios; (3) Una red asociada con una clínica central (en el futuro).	N/A	(1) Con dificultad; (2) Sí, si la ONG tiene una organización administrativa fuerte; (3) Sí, dependiendo de la decisión política del MSP, si se van a usar instalaciones públicas para expansión.	(1) N/A; (2) Sí. Necesita de asistencia técnica, inversión de capital y cambios importantes de las políticas actuales; (3) Sí, los aspectos para optimizar una red de trabajo.
CEMOPLAF/ Otavalo	(1) Proveedor de servicios de planificación familiar en proceso de expandir su paquete de servicios con la incorporación de SI; (2) Un sistema de captación comunitaria para servicios de SI.	Sí, puede ser replicado dentro de su propia red.	(1) Sí, podría ser una posibilidad donde no hay disponibles servicios de SI; (2) Si, puede contribuir a mejorar los servicios de SI donde éstos no estén disponibles.	(1) N/A; (2) Sí, requiere asistencia técnica y capacitación.
Santa Elena	Administrada por una organización de la iglesia que es parte de una red que incluye a una clínica y 5 dispensarios en una área geográfica definida. El modelo tiene la participación de la municipalidad y las autoridades locales del MSP, como parte de un Comité Cantonal de Salud.	N/A	Las experiencias y concepto de red de servicios a dos niveles (primario y secundario) en una zona geográfica limitada pueden ser replicados por otras ONGs, especialmente la iglesia. F. Pablo Jaramillo y CEMOPLAF podrían beneficiarse de esta experiencia.	Sí, sería más fácil debido a que los servicios del MSP están distribuido por niveles geográficos. Requiere asistencia técnica y capacitación.

Conclusiones Generales

1. El proyecto ha contribuido a fortalecer el sector de las ONGs, lo cual ha dado como resultado una mayor cobertura, una mejor calidad de servicios, una mayor capacidad para recuperar los costos por cobros a los usuarios y mejores habilidades gerenciales.
2. El proyecto, mediante la ejecución de los proyectos demostrativos, al crear concientización entre las municipalidades y suministrar otras intervenciones de apoyo a las ONGs ha contribuido al proceso de reforma y descentralización, fortaleciendo a las organizaciones y autoridades locales.
3. Los instrumentos gerenciales desarrollados por el equipo de APOLO han sido útiles en la determinación de los sitios de intervención y en la ejecución de los proyectos demostrativos. El espíritu y competencia profesional del equipo de APOLO ha sido demostrada a través de sus logros.
4. Los sistemas de información gerencial y determinación de costos han avanzado pero no han sido completamente ejecutados. Estos sistemas son importantes para la ejecución continuada del proyecto y su seguimiento.
5. La capacitación en IMCI ha sido ejecutada y está siendo aplicada a nivel operativo. Esta capacitación ha mejorado ya la calidad de atención de salud a los niños.
6. Como resultado del proyecto, las ONGs apoyadas por APOLO han mejorado su potencial para participar directamente en actividades de la reforma, como proveedores eficientes y sostenibles, e indirectamente, como modelos que pueden ser replicados.
7. El impacto potencial del proyecto de Santa Elena es mayor debido a la integración de los tres elementos que establecen la capacidad para contribuir a la descentralización (ONG, Municipalidad y MSP). Las contribuciones a los aspectos gerenciales y técnicos específicos de la reforma por parte de la Fundación Pablo Jaramillo y CEMOPLAF/Otavalo son limitadas pero no menos importantes.

8. La relación entre APOLO y sus ONGs asociadas son buenas en general aun cuando el grupo de evaluación observó ciertos problemas de comunicación relacionados con las posibilidades y riesgos para las ONGs en cuanto a la incorporación de intervenciones dentro de sus organizaciones. Hay una falta de información sobre las desventajas y riesgos de las intervenciones en la Fundación Pablo Jaramillo y Chordeleg. Adicionalmente, hay dudas sobre las contribuciones futuras del proyecto para cubrir costos de personal.
9. La ejecución de los proyectos demostrativos no ha concluído todavía y en algunos casos está comenzando solamente; en consecuencia es posible que los proyectos no sean completados para finales del proyecto.
10. La coordinación operativa con el MSP es difícil, especialmente cuando se requiere la transferencia de las instalaciones del MSP. En el caso de proyectos cuya ejecución no depende del MSP y cuando se trata de organizaciones autónomas y de larga permanencia (Fundación Pablo Jaramillo, CEMOPLAF/Otavalo y Clínica Cristo Redentor) la coordinación es más fácil pero todavía limitada a asuntos operativos (es decir, inmunizaciones, IMCI).
11. El proyecto de Chordeleg necesita solucionar sus problemas de coordinación operativa con el MSP para alcanzar éxito. Esto es, tener un efecto demostrativo capaz de contribuir a la reforma.
12. La Fundación Pablo Jaramillo es ya un modelo exitoso con gran potencial para un efecto demostrativo. Para la replicación específica de los subsidios focalizados (conocido como Plan Carné) el sistema para identificar la capacidad de los usuarios para pagar por los servicios sería difícil de ejecutar en gran escala (ciudades grandes) y depende del conocimiento y buena voluntad de los trabajadores sociales. Además, sería necesario realizar grandes inversiones para su automatización y capacitación.
13. CEMOPLAF/Otavalo es un modelo factible que puede ser replicado especialmente dentro de las redes de clínica de CEMOPLAF. Son notables no sólo el paquete ampliado de servicios sino también su alcance comunitario y

focalización de las actividades de supervivencia infantil.

14. El Proyecto de Santa Elena combina elementos que proporcionan un mayor potencial demostrativo para un modelo descentralizado. La Municipalidad así como el MSP y la ONG (Curia de Santa Elena) tienen la oportunidad de ejecutar un modelo que podría tener un mayor impacto y que puede incorporar elementos de otros proyectos demostrativos.
15. Gracias a los esfuerzos de CARE/APOLO se ha obtenido financiamiento de otros donantes. Los donantes incluyen a la Cooperación Holandesa en Chordeleg, la Cooperación Canadiense (tres proyectos demostrativos) y CARE/Atlanta y CARE Internacional. Además la sinergia existente entre APOLO y las otras actividades de CARE contribuye al uso más eficiente de los recursos.
16. Debe resaltarse las cualidades y dedicación profesional del equipo de APOLO. El grupo tiene un buen espíritu de equipo, buena coordinación interna y registra y documenta sus actividades adecuadamente.
17. CARE está utilizando los datos y documentos de CEPAR. Pero CEPAR no está utilizando los resultados de los proyectos demostrativos de CARE para promover las revisiones de las políticas de salud. Estas instituciones colaboran en eventos específicos pero no han desarrollado estrategias y objetivos comunes. Por ejemplo, APOLO necesita establecer reglas claras del juego para estimular la participación del sector privado, una tarea que podría calzar perfectamente dentro del rol de CEPAR. Adicionalmente, el grupo de evaluación notó que hay un fuerte sentido de competencia entre los dos proyectos y, consecuentemente, una falta de la sinergia requerida. En lugar de ello, ambas organizaciones están tratando de promover sus propias instituciones y proyectos en lugar de tratar de conseguir los resultados básicos del proyecto.

RECOMENDACIONES

Proyectos Demostrativos

1. La experiencia obtenida a través de la ejecución de los Proyectos Demostrativos deberá ser utilizada para desarrollar un modelo de prestación de servicios y financiero que combine los criterios de acceso, calidad y sustentabilidad esperados y que pueda contribuir al proceso de la reforma. La estrategia deberá estar orientada hacia la definición del potencial de las diferentes experiencias y la integración de las mismas en una forma consistente y flexible. El modelo resultante deberá ser tan versátil como para incorporar modalidades y variaciones que puedan ser adaptadas a los escenarios donde éstos van a ser posiblemente replicados.
2. El nuevo modelo o modelos deberán tomar en cuenta el mayor potencial de impacto cuando la ONG, la Municipalidad y el MSP--los elementos que determinan la capacidad de reforma--estén estrechamente integrados.
3. Entre los proyectos demostrativos observados, Santa Elena tiene la mayor posibilidad de configurar un modelo con un significativo potencial demostrativo para la reforma de la salud. El modelo recomendado incorpora elementos de prestación y financiamiento con un punto de vista global y no parcial, y se basa en una evaluación previa. Si la Fundación Pablo Jaramillo decide desarrollar una red periférica podría también llegar a ser un modelo completo con un alto poder demostrativo.
4. Deberá tenerse cuidado con los términos utilizados para denominar los proyectos demostrativos. Deberá pensarse en elegir nombres que estén estrechamente unidos al espíritu de los términos y nombres aceptados por las autoridades del MSP. De igual manera, se recomienda prudencia para la difusión de resultados, donde el éxito de las intervenciones sea publicitado con anticipación.
5. Los esfuerzos en los proyectos demostrativos actuales deberán centrarse en aquellos proyectos con mayor posibilidad de convertirse en un proveedor eficiente y sostenible (efecto directo) así como en su potencial de replicabilidad (efecto indirecto). En este sentido los

- proyectos demostrativos deberán evolucionar de acuerdo a un modelo general que incorpore sus experiencias con otras experiencias efectivas.
6. El proceso de desarrollo del modelo demostrativo deseado probablemente requerirá más tiempo del que resta para el proyecto. Consecuentemente, deberá extenderse la fecha de terminación del mismo. Deberán estudiarse alternativas para el mantenimiento de las acciones ejecutadas por este componente del proyecto (es decir APOLO).
 7. Chordeleg: aunque la prestación de servicios de salud puede continuar como hasta ahora, deberá hacerse un esfuerzo para alcanzar un acuerdo con el MSP para la transferencia en comodato de su subcentro para evitar la duplicación de esfuerzos.
 8. Fundación Pablo Jaramillo: la extensión del proyecto deberá ser cuidadosamente planificada a través de proveedores preferidos o unidades periféricas. Este proyecto, así como el de Santa Elena, tiene la posibilidad de establecerse como un modelo de prestación de servicios y financiero con un buen potencial en cuanto a su efecto demostrativo.
 9. CEMOPLAF/Otavalo: Los servicios de supervivencia infantil, junto con la participación comunitaria y la focalización de servicios, deberán ser replicados internamente. En vista de las características de la organización, no parece posible que pueda evolucionar hacia un modelo de prestación y financiamiento aunque algunas de sus características podrían ser replicadas dentro de los sectores público y privado.
 10. Con respecto a la relación entre APOLO y sus ONGs socias, APOLO necesita informar claramente a sus colaboradores sobre los riesgos y beneficios que pueden surgir de la inclusión de cualquier nueva intervención dentro de sus organizaciones. Deberá hacerse una mención especial al pago, por parte de APOLO, de una porción de los salarios a esas instituciones. Adicionalmente, deberán definirse los mecanismos explícitos para la terminación de esta asistencia temporal.

Instrumentos Gerenciales

11. Deberá evaluarse el valor de los Estudios Rápidos de Factibilidad para predecir el éxito, y sus métodos deberán ser definidos en consecuencia.
12. El Sistema de Monitoreo y Evaluación deberá ser ajustado y completado para poder hacer un seguimiento más efectivo de las actividades del proyecto. Este sistema debe realizar lo siguiente:
 - * Agregar datos de morbilidad para medir la cobertura de las consultas curativas en relación a la población objetivo;
 - * Incluir indicadores para medir las tasas de cobertura de los varios servicios en relación a la población en las áreas meta;
 - * Introducir datos financieros y de recuperación de costos de los proyectos demostrativo;
 - * Automatizar el sistema instalado en la Fundación Pablo Jaramillo para el cálculo de los costos, que debe ser actualizado regularmente;
 - * Ejecutar los sistemas de fijación de costos y precios en los otros proyectos demostrativos; e,
 - * Incorporar un sistema de seguimiento que incluya los indicadores para chequear la calidad de los servicios.
13. Adaptar el Manual de Costos para crear un modelo general que refleje no sólo los proyectos demostrativos específicos.
14. Debido a problemas de tamaño de la muestra, no deberán ejecutarse estudios de seguimiento en la línea de base (como se ha diseñado actualmente).
15. Deberá prepararse un plan de capacitación anual en base a una evaluación previa de las necesidades y requisitos. Deberá haber una encuesta de opiniones del personal del MSP a los niveles correspondientes.

Relación con CEPAR

16. Es necesaria que exista colaboración y apoyo más estrechos entre CEPAR y APOLO. APOLO deberá estar en capacidad de contar con el apoyo de CEPAR para alcanzar consenso y compromisos con el MSP. Una vez obtenidos, estos compromisos le permitirán a APOLO ejecutar y desarrollar el modelo o modelos propuestos.

Relaciones Interinstitucionales

17. APOLO deberá continuar su estrategia de conscientización de las Municipalidades y de estructuración de los Comités Cantonales de Salud, donde sea posible. Para que estas acciones sean efectivas, las autoridades locales del MSP deberán ser involucradas y participar.
18. APOLO deberá hacer lo posible para optimizar la coordinación con el MSP a nivel central, provincial y local. De igual forma, APOLO deberá permitir que el MSP conozca, a través de los medios más pertinentes, cuáles son los procedimientos que necesitan ser planificados para promover la participación del sector privado. A este respecto, es importante coordinar la promoción de proyectos demostrativos con dos proyectos importantes financiados por el Banco Mundial en el Ecuador, el Proyecto para el Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en Ecuador (FASBASE) y el Proyecto de Modernización de Salud (MODERSA). FASBASE ha focalizado áreas específicas del país que están deficientemente servidas para expandir la cobertura de los servicios básicos de salud. Un proyecto complementario, MODERSA, está trabajando en áreas piloto para mejorar la planificación y las capacidades de planificación y coordinación en salud a nivel local y para expandir la cobertura y eficiencia de los servicios de salud pública.
19. Los recursos asignados a los proyectos financiados centralmente por USAID deberán ser mejor utilizados en apoyo de las actividades de APOLO. Sin embargo, será necesario que esta colaboración sea activamente coordinada en beneficio del proyecto.

5.1 Descripción y Objetivos Generales

En mayo de 1995, CEPAR y USAID firmaron un Acuerdo Cooperativo que creó el proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud (PAPPS). El PAPPS representa una porción significativa de las actividades actuales de CEPAR y aproximadamente el 60% de su presupuesto actual. El objetivo general del PAPPS es:

Contribuir al proceso de reforma del sector salud en el Ecuador a través de la investigación, análisis de políticas, difusión de información y promoción del diálogo y debate con el fin de alcanzar la atención política y el consenso necesario para la implementación de cambios estructurales y organizacionales en el sector de la salud.

Los objetivos específicos del PAPPS, conforme a lo detallado en los documentos del proyecto y en el Acuerdo Cooperativo son los siguientes:

- * Identificar y promover la reforma de las políticas de salud;
- * Promover la asignación eficiente de recursos, con énfasis en la provisión de atención preventiva de salud, ejecución de políticas de recuperación de costos y provisión de incentivos para la producción y prestación de servicios de atención de salud;
- * Realizar estudios en apoyo de la reforma del sector salud y sobre formas alternativas de financiamiento;
- * Promover la reforma de la política, a nivel provincial y cantonal, fomentando la participación comunitaria y fortaleciendo la capacidad de esos niveles para actuar en el sector de la salud;
- * Conducir seminarios para la creación de consenso para difundir información relacionada con la reforma del sector salud y realizar cambios en las actitudes públicas con relación al sector salud; y
- * Promover una mejor definición de los roles dentro del MSP de forma que el MSP llegue a ser una entidad concentrada principalmente en el establecimiento de normas del sector y en el apoyo de la planificación, supervisión y evaluación de la política.

5.2 Impacto en el Proceso de la Reforma de la Salud a Nivel Nacional

5.2.1 Hallazgos

El PAPPS ha desempeñado una función importante en apoyo de los esfuerzos del Consejo Nacional de Salud (CONASA) para promover la reforma de la salud. Ya sea en forma separada o con otras instituciones, el PAPPS ha financiado y organizado más de 25 seminarios y talleres sobre la reforma del sector salud. Aproximadamente 2.000 representantes de instituciones del sector salud han asistido a estos eventos. Adicionalmente, una serie de seminarios provinciales apoyados por el PAPPS se han centrado en la función apropiada del MSP, el rol del sector privado en la prestación de servicios de salud y en las prioridades específicas de la política.

Adicionalmente, el PAPPS ha desempeñado un rol importante en apoyo de la Comisión Especial Permanente de Salud y Saneamiento Ambiental del Congreso. El proyecto ha aportado para la promoción de una ley que asegure el financiamiento de vacunas. Además, el PAPPS ha venido trabajando con la Comisión para modificar una propuesta de ley que regula las ONGs y que tendría implicaciones negativas para las ONGs del sector salud.

Otras actividades promocionales del PAPPS, a nivel nacional, incluyen la publicación de la Revista de CEPAR, el Correo Poblacional y de la Salud, que envía información específica a los principales líderes, a través de fax o "Ceparfax", y la preparación de cuñas radiales para estaciones de radio nacionales y provinciales.

5.2.2 Conclusiones

La estrategia del PAPPS y CEPAR para alcanzar la reforma del sector salud ha incluido (1) difusión de información, (2) conducción de investigaciones, (3) promoción del consenso entre las universidades, el Ministerio de Salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Congreso, y (4) trabajo en provincias y cantones específicos. Esta estrategia aparece como bien fundada y realista; sin embargo, para alcanzar una máxima sinergia, muchas de las actividades del proyecto podrían ser mejor combinadas en términos de las diferentes audiencias meta.

El PAPPS ha promovido exitosamente el diálogo de políticas sobre la reforma de salud en el Ecuador. Un elemento clave para este éxito ha sido la relación positiva entre el proyecto y otras instituciones involucradas en el sector salud, incluyendo a instituciones gubernamentales, universidades, ONGs y donantes. Otro elemento clave ha sido la capacidad y dedicación del personal. CEPAR ha apoyado los esfuerzos de la reforma del sector salud realizados por el CONASA y ha proporcionado importante asistencia técnica y organizativa para el proceso de esta reforma en 1995 y 1996.

Debido en gran parte a factores políticos, fuera del control del proyecto, la promoción del diálogo de políticas no ha dado todavía como resultado la obtención de la mayor parte de los cambios políticos significativos previstos en el Acuerdo Cooperativo. Es posible que el proceso de reforma de la salud tome una cantidad considerable de tiempo y el PAPPS tiene una función importante que desempeñar en este proceso.

USAID/E podría estar en capacidad de ayudar al PAPPS en la promoción de la reforma de la salud mediante el uso de su influencia política prestándole apoyo en asuntos específicos pertinentes. Este tipo de intervención requiere de una estrecha colaboración entre el PAPPS y la Misión.

5.3 Relación con otras Organizaciones e Instituciones

5.3.1 Hallazgos

CEPAR y el PAPPS han trabajado en forma colaborativa y exitosa con una amplia gama de organizaciones nacionales e internacionales del sector salud. Estas organizaciones incluyen a otras ONGs, universidades, instituciones gubernamentales, el Congreso y donantes internacionales.

Con respecto a la relación del PAPPS con el MSP, ésta ha variado de acuerdo a los cambios de gobierno y de ministros, pero en general las relaciones han sido positivas. Las reuniones del Comité Ejecutivo del proyecto (CEP) que incluye al MSP, USAID, CEPAR y CARE han sido suspendidas debido a la inestabilidad en el Ministerio de Salud. La Enmienda 8 establece que CEPAR debe desarrollar planes de trabajo para el proyecto en coordinación con el MSP y otras instituciones gubernamentales. Esta actividad no se está llevando a cabo actualmente. El MSP está centrándose en esfuerzos de reforma interna a través del Comité de Reestructuración del Ministerio de Salud. Uno de los objetivos del componente de apoyo al MSP bajo el proyecto de SI (aparte del Acuerdo Cooperativo de USAID con CEPAR) es desarrollar y fortalecer la oficina de coordinación de ONGs en el Ministerio de Salud para promover, monitorear y evaluar los programas de salud de las ONGs. El PAPPS ha estado trabajando en la organización y coordinación de foros de ONGs, pero la oficina de coordinación de ONGs en el MSP tiene poca influencia y sigue manteniéndose institucionalmente débil. En cuanto a las relaciones del PAPPS con el MSP a nivel provincial y cantonal, el PAPPS ha mantenido buenas relaciones con los Directores Provinciales de Salud, así como con los funcionarios a nivel municipal, que trabajan en los sectores sociales.

Las relaciones del PAPPS con el Consejo Nacional de Salud fueron muy buenas durante la primera mitad de 1996, cuando el Consejo se reunía regularmente y era el medio principal para discutir las propuestas sobre políticas específicas. Sin embargo, actualmente el Consejo no se encuentra activo.

Las relaciones del PAPPS con el INEC han sido generalmente positivas. El PAPPS proporciona

algo de equipo de computación al INEC. El PAPPS está realizando parte de las funciones del INEC, específicamente, proporcionando datos y análisis de datos para varios participantes del sector salud.

Con relación a las relaciones del PAPPS con USAID/CEPAR, CEPAR y USAID se reúnen formalmente un promedio de 10 veces por año y las reuniones informales así como la coordinación han sido regulares. USAID proporciona información por escrito sobre los informes semestrales del PAPPS. Los representantes de USAID han participado en seminarios provinciales apoyados por el PAPPS.

El Acuerdo Cooperativo entre CEPAR y USAID establece que se debe formar un grupo asesor técnico (TAG) de 3 a 5 individuos independientes y conocidos para revisar la dirección general del programa y proporcionar las recomendaciones a través de reuniones semestrales. Este grupo no se ha formado, parcialmente debido a que se pensó que las reuniones de CONASA cumplirían el rol del TAG. El convenio cooperativo también estipula revisiones de evaluación anual para determinar si las actividades se han completado y si los objetivos interinos se han cumplido de acuerdo a lo planificado, especialmente en cuanto a su impacto en las políticas.

Con respecto a las relaciones del PAPPS con CARE y APOLO, ha habido muy poco contacto formal entre el PAPPS y APOLO desde que las reuniones del Comité Ejecutivo del Proyecto (CEP) concluyeron.

La colaboración del PAPPS con MODERSA ha sido buena y los dos grupos han cofinanciado varias actividades relacionadas con la reforma de la salud. El CEPAR mantiene un convenio firmado con la Organización Panamericana de la Salud y las relaciones entre la OPS y el PAPPS han sido positivas.

Las relaciones del PAPPS con la Comisión de Salud del Congreso han sido muy buenas. CEPAR está planificando instalar una base de datos con información sobre salud en la Comisión y capacitar a un miembro del personal de la Comisión para utilizar esta base de datos.

5.3.2 Conclusiones

La capacidad del PAPPS y del CEPAR para trabajar colaborativamente con otras organizaciones es un gran beneficio para la promoción de la reforma del sector salud. Sin embargo, CEPAR puede crear resentimiento entre algunas otras instituciones del sector salud al continuar manteniendo un alto perfil y promover sus propias actividades.

El PAPPS y APOLO podrían colaborar en muchas formas puesto que sus metas finales son muy similares. Lógicamente, el PAPPS deberá usar los resultados de los proyectos demostrativos de APOLO para tener argumentos que apoyen la reforma de la política. Aunque APOLO está utilizando los datos e información del PAPPS, la información no parece fluir en la otra dirección.

Adicionalmente, los dos proyectos deberán coordinar las actividades en el campo. USAID podría desempeñar una función positiva en la promoción de la coordinación entre los dos proyectos.

El PAPPS podría beneficiarse de las observaciones de nivel más alto que le puede proporcionar USAID/E para coordinar los esfuerzos dirigidos a la reforma de la salud.

5.4 Coordinación de las ONGs y de las Escuelas de Salud Pública

5.4.1 Hallazgos

El PAPPS ha ayudado a crear foros de ONGs en las provincias de Pichincha y Azuay y está trabajando hacia la formación de un foro regional de ONGs en la parte oriental del Ecuador. El proyecto ha proporcionado a estos foros datos e información, ha auspiciado talleres sobre metodologías de capacitación y ha ayudado en la coordinación. El foro en Pichincha tiene más de 50 miembros y ha estado reuniéndose aproximadamente una vez al mes. Los miembros del foro del Azuay creen que pueden continuar sus actividades independientemente de la asistencia del PAPPS.

El aporte del PAPPS ha sido importante también en la formación de un foro nacional de ONGs. Como muchas de las funciones del foro nacional están siendo realizadas por el foro de Pichincha, el foro nacional no se ha estado reuniendo regularmente.

Como resultado del trabajo del proyecto en la organización y coordinación de las ONGs, la comunidad de ONGs ha aportado con una propuesta tendiente al establecimiento de una ley para regular y coordinar las ONGs.

El MSP mantiene una oficina de coordinación con las ONGs en el sector salud, pero esta oficina no está considerada al momento como fuerte o influyente. Un representante de este grupo ha asistido a las reuniones del foro de las ONGs de Pichincha.

Finalmente, el PAPPS ha organizado y servido como coordinador de una red de escuelas de salud pública que se denomina Red de Programas de Formación de Recursos Humanos a Nivel de Post-Grado en salud pública, con 14 instituciones miembros. La red ha tenido reuniones bimensuales pero todavía no ha comenzado a producir un boletín, el cual es uno de sus objetivos.

5.4.2 Conclusiones

En las provincias donde se han formado, los foros de ONGs han conducido a un debate positivo sobre las reformas y a un fortalecimiento de la coordinación de las ONGs.

La Red de Escuelas de Salud Pública ha sido un foro útil de colaboración entre éstas. Sin embargo, esta red tiene limitaciones como mecanismo para racionalizar los aportes dentro de la capacitación de los profesionales de la salud, debido a la diversa naturaleza de las escuelas (algunas son públicas y otras son privadas) y al hecho de que ellas compiten en cuanto a los recursos de capacitación y a los estudiantes.

La Red de Escuelas de Salud Pública no cuentan con una participación activa del MSP. Un representante del MSP ha asistido a algunas de las reuniones del foro provincial de las ONGs de Pichincha pero no está involucrado activamente en la organización del mismo. La participación del MSP es importante para capacitar a estos grupos a actuar como representantes efectivos de sus miembros en la regulación gubernamental y en la coordinación público-privado. El MSP no tiene actualmente la capacidad para coordinar y organizar activamente a las ONGs.

Tanto los foros de ONGs como la Red de Escuelas de Salud Pública dependen actualmente del PAPPS, en cuanto al apoyo organizacional y financiero.

5.5 Actividades a Nivel Provincial y Cantonal

5.5.1 Hallazgos

La descentralización del sector salud y de otros sectores sociales se está volviendo rápidamente una realidad. El Congreso ha aprobado una ley que establece que el 15 por ciento del presupuesto nacional se lo gastará a nivel municipal. Una porción significativa del presupuesto gubernamental para salud ya va directamente del Ministerio de Finanzas a los hospitales y a las áreas de salud, que generalmente corresponden geográficamente a los cantones y municipalidades.

A nivel provincial, el PAPPS ha trabajado en Loja apoyando un comité provincial para la reforma de la salud; en Imbabura, a través de un taller sobre participación social en salud y desarrollo local y actividades de seguimiento; en Azuay, apoyando un comité provincial en coordinación con la OPS; y, en Manabí. El proyecto también ha apoyado la creación de foros de ONGs en Pichincha, Azuay y la región oriental.

El PAPPS ha estado principalmente involucrado en tres cantones que representan las tres principales regiones geográficas del Ecuador: Cotacachi en la provincia de Imbabura, Sucúa en la provincia de Morona Santiago, y Ventanas en la provincia de Los Ríos. El PAPPS también ha venido trabajando con el cantón de Cuenca, apoyando un taller para desarrollar una propuesta para la promoción integral de la salud.

En Cotacachi, el PAPPS ha apoyado al Comité Intersectorial de Salud. El alcalde de Cotacachi es presidente del comité y el director del hospital de Cotacachi es el secretario ejecutivo. El comité mantiene cuatro comisiones para investigación y promoción en áreas específicas y está

preparando activamente un plan de salud cantonal. Además, con el aporte del Comité de Salud de Cotacachi, el PAPPS condujo una investigación sobre los problemas y prácticas de salud en el cantón. El alcalde y el comité se sintieron satisfechos con esta investigación e indicaron que sería útil para la realización de planes y decisiones sobre inversión.

En Cuenca, el cantón está preparando un plan de salud integral con la asistencia del PAPPS. La provincia del Azuay (que incluye a Cuenca) tiene planes definidos para la realización de una reunión en la cual se preparará un plan provincial para la reforma de la salud.

5.5.2 Conclusiones

En el contexto de la descentralización del sector salud, el identificar formas para ayudar a las municipalidades a que manejen responsabilidades y recursos adicionales, es una prioridad. Muchas municipalidades no tienen la experiencia o el personal necesarios para enfrentar este desafío. Adicionalmente, es importante definir y apoyar el rol de las autoridades provinciales del MSP en un escenario donde las municipalidades tienen recursos financieros y autonomía considerables. En este contexto, la experiencia del PAPPS para trabajar con cantones y provincias en el fortalecimiento de la planificación de salud podría ser extremadamente útil.

Un desafío importante para el PAPPS y para los otros participantes del sector salud es desarrollar experiencias a nivel de cantón que sean replicables en otros cantones. Hasta la fecha no se sabe si la experiencia del PAPPS en Cotacachi y en otros cantones es replicable. El proyecto ha invertido considerables recursos en esta actividad, incluyendo un empleado a tiempo completo para el proyecto, dedicado a trabajar con el Comité de Salud del Cantón Cotacachi. No está claro, sin embargo, cómo se podría formar y mantener, sin dichos recursos, un comité intersectorial similar en otros cantones.

Hay un consenso general de que las municipalidades no deberán asumir la responsabilidad de prestación de servicios sino que más bien deberían desempeñar un rol de coordinación y promoción entre las diferentes organizaciones públicas y privadas que presten servicios de salud dentro de las municipalidades.

Las actividades del PAPPS a nivel provincial y cantonal han conducido a una mayor concientización social y política sobre la importancia de la salud. En Cotacachi un grupo de jóvenes, formado por el Comité de Salud Cantonal, está apoyando activamente al alcalde, proporcionando un incentivo político adicional para que el alcalde trabaje con el sector salud. En Cotacachi se está desarrollando una visión intersectorial de la salud--en la cual la atención y promoción de salud no son solo responsabilidad del MSP o de los programas de seguridad social. Un resultado positivo adicional de la participación del PAPPS es la preparación de planes de salud cantonales y provinciales.

El PAPPS ha obtenido valiosa experiencia a través de su trabajo con los cantones. El proceso ha sido complicado debido al hecho de que los miembros del Comité tienen diferentes conocimientos, capacitación y experiencia. Los empleados del PAPPS que trabajan en los cantones de Cotacachi, Sucúa y Ventanas podrían obtener un intercambio muy útil de experiencias si se visitan entre ellos.

5.6 Estudios de Investigación y otros Documentos Técnicos

5.6.1 Hallazgos

El PAPPS ha preparado un análisis nacional sobre el sector salud con datos demográficos y epidemiológicos sobre la infraestructura de la salud y recursos humanos. El proyecto ha preparado documentos similares para la región sur del Ecuador y para un total de 14 provincias y 6 cantones. Estos documentos demuestran claramente las desigualdades existentes en el Ecuador en términos de estado de salud y acceso a los servicios de salud.

En la economía de la salud, el PAPPS ha desempeñado un rol de liderazgo en varios de los más importantes estudios de investigación, incluyendo la conducción de análisis de costo-efectividad a nivel de la nación y en el cantón de Cotacachi, y el cálculo de las cuentas nacionales para la salud. Los objetivos principales de la metodología de costo-efectividad incluyen el dar prioridad a las intervenciones de salud pública y a los proyectos de investigación, así como a la investigación de grupos y áreas que están en desventaja o necesitan de atención especial. Este es el primer estudio importante de este tipo en Latinoamérica.

El estudio del análisis de costo-efectividad en Cotacachi tiene un alcance amplio, incluyendo una metodología para definir los costos de un paquete de servicios esenciales y técnicas de investigación cualitativa para determinar los principales problemas de la prestación de servicios de salud, desde la perspectiva de cada uno de los principales participantes en el sector salud. El estudio incluye mapas que marcan las áreas cubiertas con instalaciones específicas de salud y muestran aquellas áreas que no están cubiertas y las que se sobreponen. Las unidades de análisis de la efectividad se miden en años de vida saludable o años de vida con discapacidad-ajustada (*disability-adjusted life years* -DALY). Gran parte de los datos epidemiológicos del estudio fueron recolectados en el Hospital Asdrúbal de la Torre en Cotacachi.

El estudio sobre las cuentas nacionales de salud busca recopilar un registro de los gastos en salud de todas las fuentes incluyendo el gobierno, familias, proveedores privados de atención de salud, compañías de seguros, ONGs y cooperación internacional. El estudio ha sido contratado con CEPAR por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard como parte del proyecto PHR (*Partnerships for Health Reform*) de USAID. En Ecuador, CEPAR ha incluido a otras organizaciones como el INEC en la ejecución de este estudio. Las fuentes de datos para el estudio incluyen la información disponible de fuentes gubernamentales, encuestas familiares

existentes y recolección de datos básicos a través de encuestas a proveedores y a aseguradores privados.

Otros documentos influyentes que el proyecto ha publicado hasta la fecha incluyen el Desarrollo Histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador (1967, 1995) y, en conjunto con Ramiro Echeverría, el Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el Debate.

5.6.2 Conclusiones

Generalmente, el trabajo técnico de CEPAR es altamente respetado. El documento El Proceso de la Reforma del sector Salud es útil y comprensivo. Otros documentos, incluyendo los documentos de perfil demográfico y epidemiológico han sido útiles en la planificación del sector salud. En Azuay, el perfil socioeconómico provincial ha sido muy útil para la planificación de salud en la provincia. En forma similar, el análisis epidemiológico para el cantón de Cuenca ha sido muy útil. Sin embargo, organizativa y técnicamente, el MSP no está listo para utilizar algunos de los más sofisticados documentos e instrumentos preparados por el PAPPS.

Los documentos del PAPPS están dirigidos a una amplia variedad de profesionales del sector salud y gubernamental. Sin embargo, parece que el proyecto no tiene un plan maestro para focalizar en audiencias específicas, con publicaciones específicas, y que describa la forma en que los documentos darán como resultados cambios de políticas.

El Estudio de la Economía de la Salud utilizando al análisis de costo-efectividad es un instrumento potencialmente útil en los esfuerzos del PAPPS para ayudar al MSP y a las municipalidades en la planificación del sector salud. Una metodología directa, accesible para aquellos que son responsables de la planificación del sector salud, a nivel local, es una importante contribución para la descentralización efectiva del sector salud. La clara definición de los costos puede ayudar a determinar las necesidades de recuperación de los mismos. Un punto importante de la metodología utilizada en este estudio hasta ahora es que incluye información cualitativa sobre los problemas y asuntos relacionados con la prestación de servicios desde la perspectiva del público y de los diferentes profesionales que trabajan en prestación de servicios.

El estudio sobre las cuentas nacionales de salud posiblemente será más útil a nivel nacional, puesto que podría ser difícil descomponer los datos disponibles a nivel provincial y cantonal. La participación del INEC y otras organizaciones locales en este estudio es un punto positivo que reforzará las capacidades de investigación del INEC.

Ambos estudios pueden ser útiles para la planificación del sector salud en el Ecuador. Sin embargo, deberá notarse que ambos estudios contienen datos imperfectos o faltan datos. Para el estudio de las cuentas nacionales de salud, los datos son incompletos en cuanto a proveedores y

aseguradores privados, cooperación internacional y ONGs. Para el análisis de costo-efectividad, la relación entre aportes (en términos de recursos financieros o humanos) y resultados (en términos de DALY o medidas similares) es aproximada. El PAPPS ha hecho un buen trabajo al preparar metodologías que cubran los datos faltantes.

5.7 Bases de Datos de Información

5.7.1 Hallazgos

Las bases de datos del PAPPS, con información sobre salud, han sido reconocidos en el sector de la salud como fuentes de información organizadas y disponible. Los tipos de información disponible incluyen datos epidemiológicos, socioeconómicos, de morbilidad y mortalidad, recursos humanos y proveedores de la salud por tipo y por servicio proporcionados. El CEPAR ha recibido solicitudes de la UNICEF, CARE, OMS, IESS y otras organizaciones, así como de estudiantes y otras personas y de la comisión de salud del Congreso en cuanto a esta información.

La base de datos conteniendo la información principal será transferida al Comisión de Salud del Congreso y se capacitará a un miembro del personal del comité para que pueda usarlo. Al momento, la base de datos ha sido transferida al INEC. Gran parte de los datos viene originalmente del INEC pero esta institución no tiene una reputación muy sólida en cuanto a la provisión eficiente de información para usuarios externos. El PAPPS ha adquirido computadoras y otro equipo para el INEC. El PAPPS ha desarrollado también una base de datos para artículos de prensa sobre salud y reforma de la salud que contiene resúmenes de aproximadamente 1.400 artículos fechados hasta junio de 1997. Una base de datos bibliográfica separada contiene referencias sobre más de 1.000 documentos.

5.7.2 Conclusiones

Las bases de datos del PAPPS, conteniendo información de salud, han sido de alta calidad y utilizadas por organizaciones y personas involucradas en la planificación de este sector. La base de datos de prensa podría ser muy útil en cuanto a influir en el desarrollo de políticas, particularmente demostrando a los líderes políticos que la reforma del sector salud es un asunto políticamente importante puesto que está recibiendo atención en prensa y en el debate público.

Un subproducto desafortunado e involuntario del éxito de las bases de datos de salud del CEPAR podría ser que se deje de lado al INEC como fuente de información, lo cual le proporcionaría poco incentivo para mejorar sus operaciones. Si el proyecto PAPPS termina y no hay otros fondos disponibles para continuar sus funciones, el efecto final sería debilitar el suministro de información en el sector salud del Ecuador. El plan de sustentabilidad del CEPAR y su capacidad para continuar las funciones específicas del PAPPS sin la asistencia continuada de USAID, son muy importantes en este contexto.

5.8 Eventos de Capacitación y Promoción

5.8.1 Hallazgos

El PAPPS ha organizado y financiado directamente 38 eventos de capacitación y de promoción con 1.660 participantes. Dichos eventos han incluido talleres, seminarios y viajes de estudio. Adicionalmente, ya sea en forma directa o con otras organizaciones, el PAPPS ha organizado y financiado 116 eventos con 5.694 participantes. Los tópicos más comunes de estos eventos han sido la reforma de la salud, el fortalecimiento de las capacidades provinciales y municipales, los sistemas de salud y de las ONGs, la capacitación de los recursos humanos y la economía de la salud. El PAPPS ha conducido también capacitación informal adicional y formación de capacidad a través del personal del PAPPS que trabaja en los cantones.

5.8.2 Conclusiones

Además de tener un efecto directo de creación de capacidad, los eventos de capacitación y de promoción del PAPPS han desempeñado una función importante, al abrir el tema de la reforma de la salud para la discusión y sensibilización del personal de salud y de otros funcionarios nacionales y provinciales a nivel de toma de decisiones, sobre la importancia de la reforma. Estos diferentes eventos han proporcionado también un foro para la coordinación entre las organizaciones que trabajan en el sector salud.

El número de eventos en cuya organización el PAPPS ha estado involucrado y el amplio rango de tópicos manejados sugiere que para alcanzar el cambio el proyecto deberá centrar sus esfuerzos de capacitación y promoción en menos eventos, que estén de acuerdo con un plan focalizado.

5.9 Asistencia Técnica Externa

5.9.1 Hallazgos

La asistencia técnica externa al PAPPS incluye lo siguiente:

- * Visitas, a inicios del proyecto, del Consultor Larry Day de John Snow Inc., que se centraron en las propuestas para la reforma del financiamiento de la salud;
- * Apoyo, a través del proyecto PHR, para varios estudios y asignaciones específicos, incluyendo el estudio de costo-efectividad, todo el estudio de

enfermedades y el suministro de medicinas, en el contexto del estudio de descentralización;

- * Apoyo de la Universidad de Harvard (también bajo el Proyecto PHR) para los estudios tendientes a la elaboración del mapa político y de las cuentas nacionales de salud.

5.9.2 Conclusiones

El PAPPS no ha asumido un papel principal en la identificación y solicitud de la asistencia técnica específica necesaria para el proyecto o para el MSP. Sin embargo, el proyecto está bien ubicado como para identificar las formas específicas en que la asistencia externa puede ayudar en el proceso de reforma de la salud en el Ecuador.

Hallazgos y Conclusiones Generales

Hallazgos

El PAPPS está involucrado en una gran variedad de actividades a nivel nacional, provincial y cantonal. A través de las actividades del PAPPS y de aquellas de sus otros proyectos, el CEPAR ha ganado reputación en cuanto a sus análisis técnicamente sólidos y ha obtenido un alto perfil en el sector de la salud del Ecuador. El CEPAR es bien conocido y su identidad es prominente en las publicaciones y eventos en los cuales esta institución y el PAPPS están involucrados.

Desde el inicio del proyecto, en mayo de 1995, hasta agosto de 1997 (58.5 por ciento de la duración original del proyecto) el PAPPS ha gastado el 47.3 por ciento de su presupuesto general.

El CEPAR y el PAPPS han desarrollado un plan de sustentabilidad que incluye la diversificación de las fuentes de financiamiento, la recuperación de algunos costos por la venta de productos y la prestación de servicios y consultorías al sector público y donantes internacionales. Sin embargo, la financiación para las actividades actuales del PAPPS es incierta para después del año 2000.

El personal del CEPAR, en general, y del PAPPS, en particular, son técnicamente competentes y están motivados. El personal del PAPPS trabaja en forma fluida con el de CEPAR y el proyecto está bien apoyado por las diferentes secciones del CEPAR. Además, CEPAR ha integrado con éxito el proyecto PAPPS dentro de la estructura general de la organización. El PAPPS no ha buscado establecer una identidad separada de CEPAR, pero ha trabajado en el contexto de las actividades y prioridades globales de la organización.

Conclusiones

Puesto que el PAPPS está involucrado en muchos tipos diferentes de actividades, en forma simultánea, y que el componente promocional del proyecto está dirigiéndose a diferentes tipos de audiencias, no siempre es claro cómo estas actividades podrían dar como resultado el cambio de políticas específicas. El proyecto debería contar con más supervisión de alto nivel para asegurar que el nexo entre las actividades del proyecto y los objetivos es claro.

El personal del PAPPS podría ser excesivo y estar involucrado en demasiadas actividades, muchas de las cuales requieren de viajes. Esto es particularmente cierto, en lo que se refiere al coordinador del proyecto.

Debido a las muchas actividades en las que está involucrado y a la cantidad y visibilidad de sus publicaciones, el PAPPS puede correr el riesgo de alcanzar un perfil demasiado alto en el sector

salud. El tener un perfil demasiado alto podría finalmente poner en peligro la habilidad del proyecto para colaborar con otras instituciones en la búsqueda de la reforma de la salud. En su calidad de proyecto manejado por una ONG, el PAPPS debe asegurarse de que no se lo mire como asumiendo roles que pueden ser desempeñados más apropiadamente por los donantes internacionales o por el mismo MSP. Además, si el PAPPS realiza investigación, análisis y difusión de información, independientemente del MSP y del INEC, el proyecto podría debilitar involuntariamente los incentivos de estas organizaciones para fortalecerse institucionalmente a sí mismas, puesto que algunas de sus funciones claves serán realizadas por una ONG.

El CEPAR y el PAPPS han buscado con éxito mantener la identidad pública del proyecto (PAPPS) dentro de la entidad de la organización (CEPAR). En publicaciones, seminarios y publicaciones informales el nombre "CEPAR" precede generalmente el de "PAPPS" y recibe más crédito. Gracias al alto nivel de credibilidad del CEPAR y al hecho de que el PAPPS es un proyecto transitorio, esta estrategia es efectiva y apropiada.

Respecto a la relación del PAPPS con los objetivos estratégicos de USAI/Ecuador, dentro del *Objetivo Estratégico 2*, el componente CEPAR del proyecto de Supervivencia Infantil ha tenido un impacto directo en el *RI4 "Incremento de la Sustentabilidad de las ONGs del Sector Salud"*, a través de las actividades del PAPPS que apoyan la creación y continuación de los foros de ONGs. Además, el PAPPS ha tenido un impacto directo en el *Objetivo Estratégico 2 "Incremento en el uso de servicios sustentables de planificación familiar y salud materno-infantil"* a través de la reforma y sensibilización políticas. Un ejemplo concreto de este impacto es el aporte del proyecto para la aprobación de una ley que asegura el financiamiento para vacunas, por parte del GDE.

Debido a la naturaleza del proyecto que se centra en las políticas de salud y en la reforma del sector salud, los logros del proyecto están sujetos al clima político general del Ecuador. Como se estipuló en el Acuerdo Cooperativo entre CEPAR y USAID,

un supuesto crítico implícito para el logro del objetivo estratégico es que exista un ambiente político apropiado que permita que las organizaciones del sector privado expandan los servicios de atención básica de salud, el cual permitirá mejorar la focalización de subsidios y definir mejor los roles de los numerosos actores del sector salud.

Recomendaciones

1. El PAPPS deberá continuar su estrategia actual de trabajar con el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud, el Comité Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR), y otros donantes e instituciones del sector salud para alcanzar una reforma del mismo a nivel nacional.
2. El PAPPS deberá tener una función más bien de base en el proceso de la reforma del sector salud del Ecuador, antes que de un alto perfil. Específicamente, en publicaciones y seminarios, el proyecto deberá enfocarse menos en promocionar a CEPAR como una institución y más en colaborar con otras instituciones para alcanzar la reforma de salud.
3. Donde sea factible, el PAPPS deberá colaborar con el Ministerio de Salud y el INEC, haciendo énfasis en el fortalecimiento de la capacidad institucional de estas organizaciones para llevar a cabo las actividades de investigación, análisis, y difusión de información.
4. El PAPPS deberá conducir una revisión interna de sus actividades, personal del proyecto y capacidad presupuestaria. Dicha revisión deberá dar como resultado la priorización de aquellas actividades que tengan más posibilidades de alcanzar cambios políticos concretos. El proyecto deberá avanzar a través de un ejercicio de planificación estratégica, posiblemente con asistencia técnica extranjera. Este ejercicio deberá hacer incapié en las relaciones de causa y efecto (utilizando flujogramas, por ejemplo), para evaluar la forma en la que las varias actividades del proyecto darán como resultado cambios específicos de la política.
5. El PAPPS deberá desarrollar un plan maestro para los eventos de capacitación y promoción, enfocando en la forma en la que los eventos específicos conducirán a la reforma de la política y a otros objetivos del proyecto.
6. El PAPPS deberá desarrollar un plan maestro para la asistencia técnica externa enfocando en las necesidades del PAPPS y del Ministerio de Salud durante los dos a tres años siguientes.

7. El coordinador del proyecto PAPPS deberá delegar más responsabilidad y centrarse más en los mecanismos y estrategias para alcanzar las metas globales del proyecto.
8. El PAPPS y APOLO deberán reunirse regularmente para revisar los objetivos y el progreso de sus proyectos y para discutir las áreas de colaboración. Si es necesario, USAID deberá tomar la iniciativa para concertar esta colaboración.
8. El PAPPS y USAID/Ecuador deberán crear un Grupo de Asesoría Técnica (TAG), conducir revisiones anuales--o más frecuentes-- del proyecto, o encontrar otros mecanismos razonables para proporcionar al proyecto una supervisión de alto nivel.
9. El PAPPS deberá continuar involucrando al MSP en los foros provinciales de las ONGs y deberá buscar la participación del MSP en la red de escuelas de salud pública. De ser factible, el PAPPS deberá trabajar activamente con la oficina de coordinación de las ONGs en el Ministerio de Salud, con el fin de fortalecer esta unidad para apoyar y regular más proactivamente a las ONGs.
10. El PAPPS deberá desarrollar y ejecutar planes específicos para hacer que los foros de las ONGs y la red de escuelas de salud pública sean autosuficientes tanto organizativa como financieramente para fines del año 2000.
11. El PAPPS deberá continuar su trabajo con las provincias y cantones haciendo énfasis en el desarrollo de un modelo replicable para fortalecer a ambos niveles. Un asunto clave es la forma en la que pueda replicarse la experiencia del proyecto en otras provincias y municipalidades, en ausencia de niveles significativos de asistencia externa. Este modelo replicable deberá tomar en consideración a las municipalidades que operan con fondos y responsabilidades adicionales bajo la nueva ley de descentralización.
12. El PAPPS deberá promover el intercambio de conocimientos entre las diferentes provincias y cantones en los cuales está trabajando. Específicamente, los tres asesores a largo plazo, a nivel cantonal, podrían intercambiar visitas y experiencias.

13. El PAPPS deberá llevar a cabo un ejercicio de segmentación de audiencia para sus productos de investigación y publicaciones, con el fin de asegurar que la investigación y las publicaciones están coordinadas con otras actividades del proyecto y se relacionan directamente con el logro de cambios de la política. Este ejercicio deberá también hacer énfasis en la necesidad de documentos tipo "usuario amable" para sus audiencias previstas.
14. El PAPPS deberá continuar desarrollando y ejecutando sus principales estudios sobre economía de la salud. Los resultados de estos estudios y las metodologías desarrolladas podrían ser útiles para el MSP, y a nivel de las municipalidades, en el contexto de la descentralización de recursos y responsabilidad de planificación en el sector salud. Donde sea posible, las metodologías y resultados de estos estudios deberán estar enmarcadas dentro de términos que sean fácilmente accesibles para aquellos líderes encargados de la toma de decisiones a nivel nacional y local. Las metodologías a aplicarse a nivel local deberán contener las necesidades razonables de datos de forma que puedan ser replicadas. Cuando se presenten estudios a aquellos funcionarios encargados de tomar decisiones, el PAPPS deberá asegurar que las limitaciones de datos están claras.
15. El PAPPS deberá continuar desarrollando sus bases de datos y poniéndolas a disposición de otras organizaciones y del público.
16. CEPAR y el PAPPS deberán encontrar una forma, ya sea para mantener las funciones de la base de datos del proyecto dentro de CEPAR, posteriormente a la terminación del proyecto, o desarrollar y ejecutar un plan para transferir estas funciones al INEC cuando el proyecto concluya. Este plan deberá incluir los mecanismos para fortalecer las capacidades de la institución, de modo que el INEC pueda proporcionar, en forma efectiva, los datos a quienes toman las decisiones políticas.
17. El PAPPS deberá usar la asistencia de los Socios para la Reforma de la Salud (*Partnerships for Health Reform [PHR]*) en las áreas específicas mencionadas en este informe, incluyendo la colaboración con el MSP, dirigiendo la investigación y publicaciones a audiencias específicas, planificando estratégicamente para analizar la forma en

- la que las actividades planificadas darán como resultado la reforma del sector salud, y utilizando la información de la prensa para influir en aquellos líderes políticos encargados de la toma de decisiones.
18. USAID/Ecuador deberá coordinar con el PAPPS y CEPAR para determinar dónde y cuándo puede la Misión usar su influencia para apoyar al proceso de la reforma del sector salud, y reforzar los esfuerzos del PAPPS.
 19. USAID/Ecuador deberá extender el PAPPS en la medida en la que le sea factible, tomando en consideración las restricciones presupuestarias y administrativas.

6. ROL E IMPACTO EN EL MINISTERIO DE SALUD

6.1 Descripción y Objetivos Generales

De conformidad con el plan de trabajo de la Enmienda 8, el componente MSP comprende lo siguiente:

1. Modernización/reforma institucional del MSP
2. Fortalecimiento de los programas de salud materno-infantil
3. Fortalecimiento de las capacidades gerenciales y administrativas del MSP

Antes de presentar los resultados del apoyo de USAID al MSP, se requiere de algunos antecedentes sobre el ambiente en que opera el MSP. Los esfuerzos de USAID han sido bastante substanciales en el apoyo a los tres elementos del componente MSP; sin embargo, la respuesta institucional ha enfrentado muchas dificultades, incluyendo la inestabilidad política, una resistencia sistemática y bien arraigada a los cambios gerenciales y administrativos, y débiles procesos de planificación.

Durante el último año, sólomente se han tomado pocas decisiones importantes; consecuentemente, la capacidad del MSP para usar los fondos asignados a este componente ha sido muy limitada y, en gran parte, debido a la falta de planificación, se han realizado pocos desembolsos durante la vida del proyecto. Del financiamiento total asignado a estas actividades, sólo el 32 por ciento ha sido solicitado y gastado. Actualmente, el MSP está preparando un plan de trabajo para el período Noviembre de 1997 a Septiembre de 1998, que incluye actividades dentro de las siguientes áreas:

- * Modernización del MSP
- * Capacitación
- * Fortalecimiento de políticas de asistencia extranjera
- * Mejoramiento de la calidad
- * Descentralización
- * Apoyo al IMCI
- * Sistemas de información
- * Apoyo al uso racional de medicamentos
- * Monitoreo y Evaluación
- * Reducción de la mortalidad materna
- * Vigilancia epidemiológica
- * Fortalecimiento de las capacidades administrativa y gerencial del MSP

A pesar de las deficiencias institucionales del MSP, la asistencia de USAID ha tenido éxito en promover consenso sobre la necesidad de la reforma, descentralización y reorganización

institucional. Es positivo el hecho de que el nuevo plan anual del MSP asigne parte del apoyo de USAID para estos propósitos. Aunque la asistencia de USAID al proceso de reforma ha conducido a logros importantes, el componente de modernización se ha movido lentamente. El MSP tiene una profunda ineficiencia institucional especialmente en el área de la planificación; consecuentemente, no existe un plan que defina claramente las acciones futuras.

El apoyo de USAID al proceso de descentralización ha producido una débil respuesta a nivel central, aunque debe considerarse el hecho de que cualquier respuesta del MSP requiere de un marco político y legal para que el proceso de descentralización se vuelva efectivo. Dicha condición no se ha creado; por lo tanto, los sistemas centralizados continúan con participación limitada. Adicionalmente, el proceso de descentralización ha estado dirigido a los niveles central y local, con poca actividad, cambios o ventajas evidentes en cuanto al nivel provincial. Esta brecha representa una restricción a las relaciones de trabajo entre los niveles central y operativo.

No ha sido posible utilizar la asistencia de USAID para preparar un plan de capacitación que trate sobre el cambio de funciones y nuevos estilos de gerencia y administración requeridos por el proceso de modernización. El proceso de reforma conlleva nuevas responsabilidades y métodos de desempeño del personal que requerirán de capacitación intensiva. Desafortunadamente, la falta de un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos y la suspensión del Instituto Nacional de Capacitación constituyen barreras importantes que retrasan las actividades de capacitación. Como resultado, el cuadro actual de empleados del MSP no está, en general, capacitado para responder a las necesidades de los nuevos modelos de organización y gerencia.

Los esfuerzos de USAID para apoyar la modernización son obstruidos también por la estructura administrativa y financiera actual del MSP. El MSP asigna aproximadamente el 80 por ciento de su presupuesto para cubrir costos hospitalarios debido a la estructura centralizada, presión ejercida por los sindicatos y opinión pública en cuanto a los servicios hospitalarios, los crecientes costos de la atención de salud, y la ineficiencia general gerencial y administrativa. Esta situación se complica más debido a que el 87 por ciento del presupuesto general del MSP está asignado para pagar costos de personal, dejando sólo una cantidad limitada para ser invertida en gastos de operación, mantenimiento de infraestructura y equipo, y actividades críticas de salud pública dedicadas a la promoción y prevención de la salud. Todos estos factores dan como resultado una focalización muy limitada de las actividades hacia los grupos más pobres y vulnerables de la población, especialmente si se considera el alto porcentaje--aproximadamente 20 por ciento--de la población indígena cuyo ambiente cultural limita adicionalmente su acceso a los servicios.

6.2 Apoyo del Proyecto al MSP

6.2.1 Proyectos Apoyados por USAID

Comisión de Salud del Congreso

USAID ha tenido éxito dentro del contexto político en la excelente relación de trabajo desarrollada con la Comisión de Salud del Congreso, la misma que recibe asistencia de CEPAR. Esta comisión ha auspiciado leyes que han sido posteriormente apoyadas por el Congreso Nacional, tal como aquella ley aprobada en Septiembre de 1997 que garantiza el financiamiento permanente en el valor actual de las vacunas y otros insumos para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (*Expanded Programme of Immunization* (EPI)). Esta ley soluciona una de las mayores dificultades en la ejecución de los programas preventivos de atención materno-infantil del MSP.

Otro progreso importante es la firma del Acuerdo Cooperativo entre la Comisión Especial del Congreso para Salud y Saneamiento Ambiental y CEPAR. Además de otros rubros importantes incluidos en este acuerdo, la comisión tiene la responsabilidad de tomar medidas para la asignación de recursos y la participación de especialistas nacionales e internacionales en el proceso de la reforma.

Otra ley aprobada por el Congreso Nacional y apoyada por USAID es la Ley Especial para la Descentralización del Estado y Participación Social. El Artículo 7 de esta ley se refiere a la distribución del 15 por ciento del presupuesto nacional del gobierno a administraciones de nivel más bajo--especialmente municipales--, y el Artículo 9 otorga autoridad a las municipalidades para "planificar, coordinar, ejecutar y evaluar planes integrados de salud, nutrición y seguridad alimenticia para sus poblaciones, con énfasis en los grupos sociales más vulnerables". Esta ley constituye un adelanto muy importante en el proceso de la reforma y aunque aún no se han establecido los mecanismos para su regulación y cumplimiento, representa un marco legal crucial para acciones futuras.

Descentralización de los Sistemas Administrativo y Financiero

El fomento por parte de USAID del proceso de descentralización ha dado como resultado importantes decisiones para que los sistemas administrativo y financiero del MSP se vuelvan más flexibles. Por ejemplo, el presupuesto asignado para el financiamiento para las áreas operativas de salud puede ser asignado directamente y entregado a dichas áreas sin tener que pasar a través del proceso burocrático del nivel central, con la condición de que éstas áreas tengan la infraestructura requerida para la administración financiera adecuada.

Manejo Farmacéutico Racional (*Rational Pharmaceutical Management*)

Con el apoyo de USAID, el diseño y ejecución de un plan integral para la compra, distribución y uso de los medicamentos básicos están funcionando exitosamente. Este plan será utilizado especialmente en las áreas operativas de salud en estrecha coordinación con el Programa de Medicamentos Básicos, de modo que los clientes más pobres tengan un acceso oportuno a estos productos.

El proyecto para el Manejo Racional de Medicamentos (*Rational Pharmaceutical Management*) se inició en Junio de 1997 como un modelo de cooperación institucional a través del Comité Salud y Vida, bajo el liderazgo de la municipalidad de Ibarra. Esta iniciativa fue formulada utilizando la asesoría del MSP y el apoyo del Programa de USAID Uso Racional de Medicamentos en Escuelas Saludables (URMES), y constituye una experiencia innovativa que permite que la población escolar y la comunidad participen en el proceso de cambio a través de modelos operativos locales.

Manejo Integral de las Enfermedades de la Infancia

El manejo por parte del MSP del sector de salud materno-infantil está aprovechando modelos exitosos, tales como el proyecto IMCI, a través del cual se han obtenido experiencias positivas de atención de salud integral. La estrategia del programa comprende cuatro comisiones: Comunicaciones, Investigación de Operaciones, Gerencia, y Capacitación. Este enfoque facilita la organización del programa y su apoyo a otras instituciones del sector. Adicionalmente, la estrategia del IMCI y los módulos de capacitación desarrollados con OPS-OMS pueden ser adaptados para ser ejecutados a nivel local dentro del marco cultural y operativo de las unidades de prestación de servicios. El IMCI también permite la integración del contenido de otros programas relacionados con la salud materno-infantil, como el control de diarrea y control del crecimiento. En la provincia de Imbabura, se ha diseñado un plan de capacitación sobre IMCI y actualmente se lo está ejecutando. Este plan da prioridad al personal del MSP y toma en cuenta también a otros funcionarios del sector. En Imbabura, un total de 272 enfermeras, doctores y otros miembros del personal han sido capacitados en IMCI.

Consejo Nacional de Salud

El apoyo de USAID a las actividades del Consejo Nacional de Salud y el rol de CEPAR como facilitador de la preparación de propuestas para la reforma de salud, así como la asistencia técnica e información proporcionada al Consejo, han permitido que éste mantenga reuniones y talleres para analizar la reforma del sector salud. Esta asistencia también ha creado un ambiente favorable para la realización de los cambios necesarios entre todas las instituciones y el público.

Proyecto de Mejoramiento de Calidad

La asistencia de USAID a través del Proyecto de Seguridad de la Calidad (*Quality Assurance Project* [QA]) ha apoyado la preparación de 21 proyectos demostrativos centrados en tres provincias. Este esfuerzo ha recibido apoyo de la University Research Corporation y el Center for Human Services cuyo principal objetivo es contribuir al desarrollo de métodos y técnicas para mejorar la calidad de los servicios del MSP.

El Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad (PNMC) ha apoyado la capacitación de aproximadamente 350 profesionales y trabajadores de la salud en métodos y técnicas para seguridad de la calidad. Actualmente se está preparando un plan de evaluación del PNMC. Si se aplica y se mantiene un plan de capacitación con los contenidos propuestos, éste tendrá un importante impacto positivo en los servicios.

Recuperación de Costos y ONGs

El apoyo de USAID al Decreto Presidencial que autoriza la recuperación de costos constituye un logro que hace posible introducir reformas en el financiamiento y autosuficiencia del sector salud. En este contexto, la colaboración con las ONGs será muy importante. Sin embargo, las estrategias para ejecutar y regular este nuevo decreto están todavía bajo discusión. La oficina de ONGs en el MSP es muy débil y todavía está pendiente una ley para regular a las ONGs. Un foro de ONGs, fortalecido, podría constituir una estrategia para poner en vigencia el Decreto Presidencial.

6.2.2 Apoyo Directo al MSP

La asistencia de USAID para mejorar la capacidad gerencial del MSP ha incluido un acuerdo con la ESPOL. La Escuela de Postgrado en Administración de la ESPOL tiene un programa de postgrado en administración de salud. Este programa fue diseñado utilizando conceptos de la empresa privada sobre prestación de servicios; por lo tanto, se hace poco énfasis en la salud pública y en importantes áreas temáticas básicas, tales como epidemiología, equidad del acceso, y factores de riesgo. Los funcionarios de la Escuela están abiertos al rediseño del programa de forma que éste trate de mejor forma las necesidades del personal del MSP.

Otros aspectos que comprometen la participación efectiva del personal del MSP en este programa son los altos costos del curso, los cuales se deben a la necesidad de atraer a especialistas internacionales como profesores, y al proceso de inscripción, que incluye criterios técnicos que no todos los candidatos del sector público pueden cumplir. Estos elementos podrían ser tomados en consideración durante las nuevas negociaciones con USAID.

El programa de la ESPOL dura un año e incluye varias actividades de campo y tutoría cuando el estudiante regresa a casa, lo cual extiende el período de curso. En consecuencia, no se puede

evaluar el rendimiento a corto plazo del programa. La reputación y autosuficiencia de la Escuela Politécnica respalda su continuación y proporciona flexibilidad para revisar el curriculum del programa de forma que se ajuste mejor a las necesidades del MSP. El curriculum puede ser rediseñado si así lo justifica el costo respectivo y el número de estudiantes.

A la inversa, la red organizada de escuelas de salud pública constituyen otra posibilidad de colaboración en el proceso de enseñanza en base a convenios con instituciones de capacitación existentes. Con la cooperación de instituciones localizadas cerca de los sitios de trabajo de los estudiantes y el establecimiento de un buen sistema de evaluación, podría seleccionarse a las escuelas más exitosas para expandir el acceso a la capacitación.

Políticas Institucionales

A pesar de los esfuerzos de USAID para modernizar las políticas institucionales del MSP, el progreso ha sido obstruido por la naturaleza variable de las políticas actuales y la falta de estrategias de cambio definidas.

Otro impedimento en esta área se refiere a la asignación de los fondos de AID entre los tres componentes de la Enmienda 8. En enmiendas anteriores, una gran porción de los fondos fue asignada al MSP; sin embargo, en la Enmienda 8 la mayor parte de esta asistencia está canalizada a través de instituciones como CEPAR y CARE. Debido a esta nueva estrategia de financiamiento, algunos funcionarios del MSP son renuentes a colaborar en las actividades propuestas porque ellos opinan que estos fondos pertenecen o deberían ser asignados directamente al MSP para que éste los utilice a su criterio.

Programas de Salud Materno-Infantil

La asistencia de USAID dirigida a mejorar los programas de salud materno-infantil se han concentrado especialmente en el nivel central en el diseño de planes y normas. Aunque el plan para reducir la mortalidad materna ha recibido un importante apoyo al nivel central, las actividades estratégicas no han sido todavía aplicadas a nivel provincial en la extensión requerida para tener el impacto previsto. Los tipos de actividades a nivel provincial que se necesitan son vigilancia epidemiológica de muertes maternas, atención adecuada en el parto, y especialmente control durante el embarazo con calidad de atención y focalización en los factores de riesgo. Esta brecha a nivel provincial está afectando también al nivel local debido a que la falta del apoyo que se requiere del nivel provincial no ha permitido que el nivel local esté en capacidad de revisar sus modelos de atención de salud para llenar las necesidades de los usuarios. En consecuencia, el apoyo de USAID deberá centrarse en el nivel provincial mediante el fortalecimiento del proceso de descentralización (tanto programática como operativamente) y, así, la función de las decisiones políticas y regulatorias quedarían a cargo del nivel central.

Colaboración Interinstitucional

El CIAR, creado con el apoyo de USAID, ha unido exitosamente los esfuerzos de una variedad de donantes y agencias, dando como resultado una estrategia más coherente hacia la asistencia técnica y apoyo financiero. Por ejemplo, la OPS, que proporciona asistencia técnica, está colaborando estrechamente con dos proyectos del Banco Mundial--MODERSA y FASB ASE-- para apoyar el proceso de modernización y reforma. Esta alianza estratégica fomenta la participación de otros donantes en el proceso. La participación de USAID como facilitador de estas alianzas institucionales ha sido crítica.

6.2.3 Apoyo a los Foros de ONGs

El apoyo de USAID a los foros de ONGs en las provincias de Pichincha y Azuay ha fortalecido considerablemente la organización y coordinación de los miembros participantes. Otras provincias no tienen todavía este tipo de organización, lo cual limita su habilidad de coordinación.

6.3 Problemas de Ejecución

Los siguientes son los principales problemas que limitan la capacidad del MSP para involucrarse productivamente en el proceso de la reforma:

1. La falta de una política clara y definida de acuerdo con el proceso de descentralización y reforma.
2. La falta de un plan estratégico, lo que da como resultado una deficiente administración global, actividades dispersas, y programas no coherentes. Para complicar más esta situación, la estrategia administrativa tradicional del MSP crea programas verticales con poca integración.
3. El principal desafío en el proceso de la reforma es tener éxito en la realización de cambios factibles y sustentables a todos los niveles. Este objetivo puede ser alcanzado solamente a través de una definición clara de la estrategia operativa y en base a un plan de capacitación diseñado a partir de un análisis de rendimiento. Si estas condiciones no se cumplen, todos los esfuerzos resultarán poco útiles y se perderán fácilmente entre otros problemas diarios.
4. Las posibilidades de trabajar con el MSP son restringidas debido a la falta de organización y capacidad gerencial y a la ineficiencia y conflictos internos.

6.4 Conclusiones

6.4.1 Componente de Reforma

Se ha alcanzado un importante progreso hacia el desarrollo de la capacidad técnica y la promoción del proceso de reforma; sin embargo, el proceso de modernización no ha avanzado. El proceso de reforma del sector salud ha pasado por las tres etapas siguientes:

- * Iniciar la reforma del sector salud
- * Generar y discutir las propuestas
- * Esperar las decisiones políticas

A partir de Abril de 1995 hasta Octubre de 1997, las contribuciones de USAID, especialmente a través de las actividades de CEPAR, han sido críticas para incentivar la discusión entre representantes de varias instituciones del sector y para estimular el desarrollo de propuestas. El apoyo del Consejo Nacional de Salud a este proceso ha sido básico para obtener la participación de los más importantes participantes en el proceso. Desafortunadamente, este proceso está actualmente retrasado.

El principal desafío que enfrenta la asistencia de USAID es capacitar al MSP para mantener el progreso alcanzado en el proceso de reforma y, consecuentemente, producir un impacto directo en el futuro.

Uno de los mayores logros de USAID ha sido su asistencia para la creación de un marco legal para el proceso de reforma a través de acuerdos legales y del Congreso. Un impacto importante de la asistencia de USAID en la reforma del sector es la promoción del concepto mismo de la reforma considerado en las propuestas en cuanto a reducir la participación del estado en la prestación de servicios y a abarcar una mayor aceptación por parte del MSP a la participación social y privada. Considerando la importancia política de la reforma, podría ser conveniente promover una relación más estrecha con el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) para obtener una colaboración al más alto nivel político que apoye el mantenimiento del proceso.

Otro logro muy valioso de USAID es la motivación para la participación de otros donantes en los procesos de reforma y modernización. Un ejemplo de este éxito es el establecimiento y operación del CIAR.

El crear la concientización política y generar apoyo al proceso de reforma ha sido parte de la importante intervención de USAID. Este trabajo ha sido reconocido por líderes políticos importantes tales como los ex-Ministros de Salud, Dr. Alfredo Palacios y Dr. Francisco Huerta, y por los legisladores que son miembros de la Comisión de Salud del Congreso Nacional.

6.4.2 Componente de Descentralización

El apoyo de USAID para la aprobación de una ley general de descentralización es, desde el punto de vista legal, un paso muy importante en el proceso. Sin embargo, la legislación carece de reglamentos claros y definidos lo que produce diferentes interpretaciones y estrategias de operación confusas. Un ejemplo de este problema es la diversa interpretación de la forma en la que las municipalidades pueden utilizar su 15 por ciento de asignación del presupuesto nacional.

El apoyo a la descentralización como un proceso de transferencia de poder y recursos se ha centrado principalmente en las áreas operativas de salud, dejando la adaptación de estrategias para el nivel provincial. La brecha resultante reduce la habilidad del nivel provincial para proporcionar el apoyo esencial y debilita el proceso global debido a la falta de una participación permanente.

La descentralización dentro del contexto de la reforma está dando como resultado demandas adicionales sobre sistemas administrativos no regulados previamente o desconocidos, tales como aquellos relacionados con la contratación de personal, recuperación de costos y nuevos protocolos de tratamiento. Todos estos sistemas requieren de la continuación de la asistencia de USAID para identificar los problemas y mejorar la respuesta operativa a nivel provincial.

Los roles de los niveles central, provincial y de áreas de salud deben ser definidos claramente para continuar su reestructuración y modernización de conformidad con sus relaciones de trabajo con los alcaldes, municipalidades, ONGs y otras instituciones. La falta de roles definidos da como resultado conflictos y confusión que afectan al proceso.

6.4.3 Modernización del Componente MSP

De los tres componentes, el componente MSP ha progresado muy lentamente. Sin embargo, el MSP ha establecido un Comité de Fortalecimiento Institucional para clarificar sus objetivos para su participación en el proceso de modernización y reforma, simplificar el proceso burocrático, reestructurar la organización, y crear estrategias más flexibles para su coordinación interinstitucional. Parte del apoyo financiero de USAID está siendo solicitado para este comité.

Debido a la falta de un plan nacional de salud, el proceso de modernización sufre serias dificultades, tales como la falta de una orientación clara y un proceso político y técnico definido.

Los problemas laborales y los desacuerdos institucionales muestran que las deficiencias en el manejo de la negociación estratégica sólo empeoran la situación. Este problema podría solucionarse mediante un plan para mejorar el liderazgo institucional.

Con relación a los innovativos proyectos demostrativos, estas actividades han tenido experiencias a pequeña escala en el área de adquisiciones, almacenamiento, y distribución de medicamentos a las áreas de salud. Estos proyectos demostrativos han negociado directamente con productores y

distribuidores farmacéuticos, lo cual ha reducido el costo y mejorado el acceso a medicamentos básicos.

Otros logros positivos a través de proyectos apoyados por USAID incluyen el uso del IMCI; el desarrollo del modelo URMES; la integración de un paquete básico materno-infantil dentro de los servicios de CEMOPLAF en Otavalo; y la participación de alcaldes y municipalidades, tales como la de Cotacachi, en el proceso de reforma del sector salud.

Adicionalmente, el proyecto de Santa Elena, apoyado por USAID a través de CARE, es tal vez uno de los mejores modelos para probar que el manejo con participación privada si es posible. Este proyecto también es autosuficiente y tiene una amplia participación comunitaria.

El rol de USAID en el monitoreo de las tendencias e idoneidad del contexto político ha sido muy difícil. No obstante, a pesar de los frecuentes cambios de gobierno y de las deficiencias institucionales, USAID ha alcanzado un progreso importante que deberá ser respaldado para promover la sustentabilidad. Consecuentemente, se requieren esfuerzos adicionales para manejar los problemas que afectan a los contratistas de USAID y sus contrapartes. Las acciones deben centrarse en los aspectos claves del proceso que son muy frágiles y que podrían tomar un giro equivocado.

6.5 Recomendaciones

Introducción

Tres propuestas importantes para la reforma del sector salud han sido preparadas por diferentes instituciones:

- * La propuesta preparada por CONAM sobre Seguridad Social está dentro del alcance del proceso de reforma dentro del campo de la Seguridad Social. Esta es una propuesta bien estructurada pero carece de la integración y participación del sector salud.
- * La propuesta presentada conjuntamente por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Bienestar Social se basa en una nueva presentación del Sistema Nacional de Salud. Esta nueva estrategia reordenaría la prestación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, pero requerirá de un profundo consenso para su ejecución.
- * La propuesta del CONASA se basa en la integración sectorial. Esta propuesta busca mejorar tanto la cobertura como la calidad de los servicios y tiene la ventaja de haber sido preparada con la amplia participación de las instituciones más importantes del sector salud.

Estas propuestas constituyen un progreso muy importante aunque los procesos de la reforma y modernización no estén actualmente avanzando. La próxima transición de 1998 a un nuevo gobierno ha postergado cualquier decisión sobre la aprobación y ejecución de estas propuestas. En vista de esta situación, en este momento deberían emprenderse las siguientes acciones:

Global

1. Reforzar, con el apoyo de USAID, la sustentabilidad de aquellos adelantos ya alcanzados en el proceso de reforma, teniendo nuevamente en cuenta el análisis de la situación y las propuestas de importantes grupos políticos, tales como el Consejo Nacional de Salud.
2. Auspiciar grupos de discusión de profesionales destacados pertenecientes al sector de la salud pública, tales como ex-ministros de gobiernos recientes, que están familiarizados con los procesos de reforma y modernización y la apoyan.
3. Generar apoyo adicional de parte de grupos políticos importantes y de alto nivel, tales como el CONAM, que constituye el grupo más relevante en cuanto a apoyo político para la reforma a nivel gubernamental.

Adicionalmente, sería conveniente focalizar la asistencia de USAID, haciendo una diferencia entre estrategias a nivel central y provincial.

Nivel Central

4. Apoyar la formación de un plan de salud que identifique claramente las orientaciones políticas y objetivos prioritarios y haga incapié en la equidad, calidad y eficiencia de los servicios. Este plan deberá utilizar métodos estratégicos que faciliten su adaptación a los procesos de reforma y modernización. Este plan puede ser presentado como una propuesta a las autoridades gubernamentales luego de las elecciones de 1998.
5. Continuar el apoyo al CONASA como una entidad técnica y política para la discusión y formulación de estrategias tendientes a la reforma.

6. Apoyar la formación de un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos que de prioridad a la capacitación. La forma, contenido y evaluación de esta capacitación deberán estar de acuerdo con los procesos de reforma, modernización y descentralización. El plan deberá también basarse en un análisis permanente del cumplimiento de las nuevas funciones asignadas dentro de todos los niveles técnicos y administrativos del MSP.
7. Continuar observando y estimulando las actividades del CIAR que fomenten la coordinación conjunta de los esfuerzos y que ya han tenido éxito en la integración de otros donantes.
8. Las altas tasas de mortalidad materno-infantil en el Ecuador reflejan la necesidad de establecer políticas y metas a nivel nacional que hagan énfasis en la promoción de la atención de salud. A este respecto, la asistencia de USAID podría focalizarse aún más en salud reproductiva, control del crecimiento del niño, y monitoreo y control de las enfermedades prevalentes en la niñez.

Nivel Provincial

9. Apoyar el establecimiento e institucionalización de comités provinciales de salud basados en acuerdos políticos y en responsabilidades definidas.
10. Estimular la definición por parte del MSP de mecanismos para el desarrollo de un plan estratégico de salud para cada provincia a través de la mayor participación posible y donde la adaptación de las políticas de reforma sean priorizadas dentro del contexto político y social. En forma similar, el análisis epidemiológico es necesario para mejorar la equidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud, beneficiándose de los resultados ya obtenidos por el IMCI, RPM y ONGs.
10. En vista de los diferentes medios culturales de las regiones de la Sierra y la Costa, pueden extraerse experiencias positivas de las iniciativas provinciales de instituciones importantes como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, una institución permanente y autosuficiente, y de la Fundación Pablo Jaramillo de Cuenca, y de la capacidad analítica generada por USAID.

Podría auspiciarse modelos adicionales que incluyan los mismos elementos de apoyo colectivo y alianzas estratégicas que permitan la amplia participación de la sociedad civil en el proceso.

11. Las realidades demográficas y culturales muestran que se requieren estrategias especiales en las provincias con grupos étnicos en extrema pobreza, especialmente aquellos con poblaciones indígenas que constituyen un alto porcentaje de la población Ecuatoriana. Consecuentemente, la asistencia técnica para evaluar las realidades sociales y antropológicas de estos grupos debe ser una prioridad. A través de su experiencia en el diseño de proyectos de supervivencia infantil en el Ecuador, USAID ha considerado estos hechos y podría, por lo tanto, contribuir al diseño de programas que estén más de acuerdo con la realidad del Ecuador.

13. Una contribución muy importante durante este período de la reforma será la continuación del apoyo de USAID al MSP, especialmente a través de servicios de consultoría técnica directa para facilitar el diálogo. Hasta que se instale un nuevo gobierno, sería también posible continuar proporcionando capacitación en apoyo del proceso de reforma, tanto a nivel interno del MSP como a otras instituciones públicas y privadas. Esta capacitación podría ser sobre temas básicos tales como gerencia ejecutiva, administración y gerencia a nivel provincial, gerencia operativa a nivel local, gerencia de calidad y mercadeo social y de comunicación.

7. ROL DE USAID

7.1 Introducción

El grupo gerencial del proyecto de SI incluye un Asesor TAACS (*Technical Advisor in AIDS and Child Survival*) como gerente del proyecto (que comenzó en Enero de 1995, al mismo tiempo que el proyecto enmendado), una asistente del proyecto con 11 años de experiencia en programas de AID para la salud y supervivencia infantil, y una secretaria que es compartida con otros proyectos en la División de Planificación Familiar, Salud y Supervivencia Infantil. Este grupo es supervisado por el Director de la Oficina de Programas Multisectoriales de USAID, el mismo que es responsable de las actividades de población, supervivencia infantil y democracia.

7.2 Rol de USAID

7.2.1 Obtención y Coordinación de Apoyo de otros Donantes para Servicios de Salud Materno-Infantil

El grupo gerencial de SI es muy respetado por otros donantes bilaterales y multilaterales que apoyan las actividades tanto públicas como privadas del sector salud en el Ecuador. Este grupo de donantes está bien informado y bien coordinado (con la asistencia de la OPS) y respeta la larga experiencia de USAID en el campo de la salud y las intervenciones recientes (a través de la Fase 2) para promover la reforma de la salud en forma más sistemática y directa. Las personas que fueron consultadas estuvieron de acuerdo en que USAID/E ha dado una contribución significativa al proporcionar liderazgo e inversión en el sector salud y que su rol debe ser continuado por alguien cuando la Misión termine su apoyo a las actividades de reforma del sector salud.

Las opiniones varían entre estos donantes con relación al impacto directo que se producirá en sus organizaciones una vez que USAID/E se retire del sector salud. Algunos creen que la partida de USAID/E del sector salud hará que otros donantes hagan lo mismo y que el impulso a la reforma se vea seriamente comprometido. Otros tienen un punto de vista más limitado del cuadro general y piensan que sus organizaciones continuarán apoyando las actividades de salud en el futuro, aún cuando no tengan el encargo de llenar la función de USAID. Algunos ven la reforma del sector salud en términos de apoyo financiero relativo, no los roles complementarios de los donantes individuales. Por consiguiente, ellos piensan que los dos proyectos del Banco Mundial, FASBASE y MODERSA, que están financiados a niveles mucho más altos que la suma de todos los otros donantes en salud, continuarán por los siguientes 5 a 10 años como el apoyo internacional clave para la reforma del sector salud.

En respuesta al requisito de obtener fondos paralelos, CARE ha tenido éxito en complementar, en gran medida, la donación de USAID para APOLO. El Gobierno de Holanda aprobó recientemente una donación de \$750.000 a tres años para que CARE desarrolle nuevos sistemas de agua potable y saneamiento ambiental a través del Cantón Chordeleg. Este nuevo financiamiento complementará las actividades de salud de APOLO. Desde la década de los 80, el gobierno Holandés ha apoyado las actividades de agua potable y saneamiento ambiental de CARE en el Ecuador y considera que CARE es un socio experimentado y profesional en el campo del desarrollo.

Adicionalmente, CARE ha atraído un considerable apoyo del Fondo Ecuatoriano Canadiense de Desarrollo (FECD) para tres proyectos demostrativos de APOLO. Estos proyectos--localizados en Santa Elena, Bolívar y Lago Agrio--recibirán un apoyo total de \$776.000 durante tres años. Antes de que ocurra esta donación a APOLO, el FECD nunca había apoyado ninguna intervención en el campo de la salud en el Ecuador. A la fecha, el FECD está complacido con los resultados, especialmente aquellos que mejoran el acceso a los servicios de salud que incluyen a comunidades locales en las intervenciones y que promueven la asociación pública-privada para la atención de la salud.

7.2.2 Esfuerzos para Asegurar la Sustentabilidad de los Componentes de CEPAR (PAPPS) y de CARE (APOLO)

Tanto para CEPAR como para CARE, la sustentabilidad puede centrarse en tres elementos: (1) el beneficio de sus esfuerzos, tales como un foro provincial de ONGs que se encuentra activo en el Azuay o nuevos servicios pediátricos en CEMOPLAF; (2) el proyecto (PAPPS y APOLO); (3) la institución (CEPAR y CARE). A la fecha, la asistencia de USAID se ha centrado en apoyar a CEPAR y CARE como instituciones de modo que ellas puedan ejecutar el PAPPS y APOLO. Esta asistencia es un prerequisite para alcanzar eventualmente las metas compartidas de la Fase 2. Tanto CARE como CEPAR han demostrado ya su habilidad organizacional para continuar algunos elementos de la Fase 2 posteriormente a la fecha de terminación del proyecto.

Por ejemplo, el proyecto APOLO ha atraído a otros donantes (FECD y el Gobierno Holandés) quienes están particularmente interesados en la estrategia que incluye al sector privado para mejorar los servicios de salud. Los dos donantes expresaron su interés en continuar apoyando los resultados positivos alcanzados por APOLO y las posibles reproducciones de los mismos dentro del contexto de los respectivos mandados de sus organizaciones. A través de su participación en la Fase 2, CEPAR se ha dado ya a conocer mucho entre las organizaciones internacionales y posibles donantes.

7.2.3 Desarrollo de Relaciones Profundas con Socios y Clientes de las Instituciones Públicas y Privadas

Durante los dos primeros años de la Fase 2, el grupo de USAID invirtió una enorme cantidad de tiempo en mantener diálogos con otros donantes y organizaciones públicas y privadas para obtener su apoyo a la reforma del sector salud en general, y de la Fase 2 en particular. Estas actividades se centraron en CONASA y su grupo de trabajo y el CIAR, porque estas dos organizaciones incluían a representantes de todos los participantes claves del sector salud. Estos esfuerzos (en algunos casos, reuniones casi diarias) son en gran parte la razón por la que la OPS, UNICEF, MODERSA, FECD, el Gobierno Holandés, el ex-Ministro Palacios, y otros, hicieron comentarios tan favorables sobre la función de USAID en la reforma.

7.2.4 Gerencia del Proyecto

Re-Ingeniería

A nivel mundial, USAID está sufriendo cambios radicales (re-ingeniería) que han reducido en gran medida el alcance global de la Agencia y la han movido de Sudamérica al Africa y a los Nuevos Estados Independientes. Hace una década, USAID/E apoyó actividades en salud, supervivencia infantil, agua y saneamiento ambiental, nutrición y población con un personal de 12 a 16 personas. Ahora, USAID tiene sólo tres profesionales en salud a tiempo completo en el grupo del OS 2, dos de los cuales trabajan con la Fase 2.

El proceso de re-ingeniería ha requerido que las misiones reformulen sus proyectos dentro de un Marco Orientado a los Resultados. Por necesidad, USAID/E ha ocupado un tiempo considerable en el cumplimiento de este nuevo marco. En el proceso, el grupo de SI ha tenido que cambiar su marco del OS, de Resultados Intermedios e indicadores, por lo menos 10 veces a pedido de otros colegas o contratistas de USAID. Adicionalmente, la instalación del Nuevo Sistema Gerencial de USAID y su subsiguiente retiro a nivel mundial requirió de una gran inversión de tiempo por parte del grupo de SI, absolutamente sin ningún beneficio. Cuando el cumplir con lo dispuesto por USAID/W es la primera prioridad, entonces el tiempo disponible para el control directo del proyecto y visitas de campo es aún más limitado que lo normal.

Comité Ejecutivo del Proyecto

El diseño del proyecto en la Fase 2 exige la creación de un Comité Ejecutivo del Proyecto, compuesto por representantes de USAID y de los tres principales componentes--el MSP, CEPAR y CARE. El rol de este comité fué compartir información, tratar problemas mutuos, y reforzar el conocimiento sobre la forma que cada componente se relaciona con el conjunto. El comité se reunió regularmente, en forma rotativa, y funcionó más o menos efectivamente desde 1995 hasta Agosto de 1996, cuando se posesionó el Gobierno del Presidente Bucaram. En ese momento, le correspondía al MSP citar a reunión, pero en vista de la confusión reinante, nadie en el MSP citó

a la reunión y el comité dejó de funcionar. Al momento de esta evaluación intermedia, la mayoría de miembros del comité expresaron su interés en reactivarlo como un mecanismo importante para tratar las recomendaciones de las evaluaciones.

7.2.5 Otros Proyectos de USAID: Coordinación para el Fortalecimiento Mutuo y Uso Eficiente de los Recursos

La Tabla 5 muestra el alcance de las relaciones que APOLO y CEPAR tienen con otros proyectos de USAID para propósitos de promover (1) el fortalecimiento mutuo y (2) el uso eficiente de los recursos.

Tabla 5

El Efecto de la Relación entre los Proyectos de USAID y APOLO y CEPAR en Fortalecimiento Mutuo y Uso Eficiente de los Recursos

Supervivencia Infantil	Proyectos Centrales Financiados por USAID en Ecuador				
	QA	RPM	OMNI	PHR	BASICS
APOLO	Ninguna*; Problemas en la relación	Ninguna	Ninguna	N/A	Si, pero ser podría
PAPPS	N/A	Si Si (Imbabura)	N/A	Si Si	N/A

* Ninguna = La relación de APOLO con el QA no promueve (1) el fortalecimiento mutuo ni (2) el uso eficiente de recursos.

Con excepción del proyecto IMCI manejado por BASICS, APOLO no tiene relaciones de apoyo mutuo con proyectos centrales de USAID y, por lo tanto, está perdiendo la oportunidad de beneficiarse de la experticia y recursos que ellos ofrecen. En gran parte, APOLO ha confiado en consultores independientes para la provisión de asistencia técnica. En contraste, donde es aplicable, CEPAR sí trabaja con los proyectos.

7.3 Objetivos Estratégicos de USAID/Ecuador

7.3.1 Metas y Objetivos Realistas del Objetivo Estratégico, especialmente con Relación a la Sustentabilidad de las ONGs Participantes

La re-ingeniería de USAID ha convertido también los proyectos en "actividades" y diseños que no incluyen el bien conocido Marco Lógico. La mayoría de los indicadores para el Marco actual del OS para la Fase 2 están expresados como resultados cuantificables como en el anterior Marco Lógico. La excepción es el RI3-3, que se refiere a la cobertura de las instalaciones de salud con personal capacitado en IMCI. Los indicadores del OS actual parecen ser simplificados para hacer el sistema manejable para USAID/E. En gran parte, estos indicadores no reflejan los cambios en parámetros importantes desde el punto A (1995) al punto B (fin del proyecto). No obstante, a pesar de la colección, de alguna manera dispersa, de RIs, la Fase 2 está produciendo un cuerpo substancial de resultados concretos, viables y útiles.

7.3.2 Contribución del Proyecto para la Obtención de Resultados como se Planificó en el Marco del OS

La Suma de los Componentes

A continuación se da un resumen por componente de las contribuciones a la fecha a los *dos Resultados Intermedios, Incremento de la calidad y acceso a los servicios de Salud Materno-Infantil, e incremento de la sustentabilidad de las ONGs en el campo de la salud*, de la Fase 2.

APOLO: En un muy corto tiempo, APOLO ha seleccionado cuidadosamente a organizaciones partícipes y ha ejecutado una variedad de actividades con estas organizaciones para mejorar la calidad, equidad, acceso, cobertura y recuperación de costos de los servicios de salud. Como era de preverse, los resultados han sido variados. APOLO está ahora en el punto de hacer un balance de sus resultados, articular las lecciones aprendidas, y consolidar su estrategia dentro de un modelo con una lista determinada de opciones.

CEPAR: De acuerdo a quienes respondieron a la evaluación, CEPAR está reconocida como la ONG líder en la reforma del sector Salud en el Ecuador, que actúa a menudo como amortiguador entre el MSP y todos los otros participantes. A través de su competencia técnica, estrategias innovativas y dedicación, CEPAR se ha creado un sitio a un nivel muy alto en este debate nacional. Para mencionar lo que manifestó un miembro de uno de los Foros de ONGs que CEPAR ha ayudado a organizar: "Si CEPAR no hubiese tenido el financiamiento (de USAID), ellos no habrían tenido esta visibilidad e influencia. Y, si ellos no hubiesen tenido la influencia, nosotros no estaríamos obteniendo estos resultados (en impulsar el avance del proceso de la reforma)."

MSP: Los principales resultados alcanzados por el MSP en la Fase 2 son una combinación de aquellas actividades apoyadas directamente por el CEPAR y aquellas apoyadas por otros proyectos de USAID/E, tales como el BASICS. La propia capacidad del MSP para beneficiarse de los recursos provenientes de SI de USAID fue seriamente afectada en la primera mitad de la Fase 2. No obstante, la contraparte actual del MSP para la Fase 2 ha mostrado interés y capacidad para trabajar colaborativamente con USAID. Luego de una demora de un año, la reciente emisión del MSP de un presupuesto y un plan de acción a corto plazo para la Fase 2 es una señal positiva.

Sinergia es Igual a Más que la Suma de los Componentes

El diseño de la Fase 2 implica una simbiosis entre los tres componentes del proyecto que, por muchas razones, no se ha reflejado en los resultados a la fecha. Las relaciones actuales entre los tres socios se reflejan en un diseño triangular (ver el Apéndice D). Si cada pareja de componentes actuasen sinérgicamente, los resultados de la Fase 2 se incrementarían dramáticamente. Como se indica en los siguientes ejemplos, el potencial existe; los participantes claves--USAID, CARE, CEPAR, y el MSP--son capaces; la necesidad es real; y el clima es propicio a través de las actividades ya emprendidas durante la primera mitad de la Fase 2.

- * **Relaciones APOLO-PAPPS:** No funcionan adecuadamente debido, en gran parte, a sentimientos de competencia y malos entendidos sobre las actividades y motivos reales del otro. El PAPPS deberá usar los resultados de APOLO, y en forma similar, APOLO necesita del PAPPS para ayudarse a crecer y replicarse.
- * **Relaciones PAPPS-MSP:** Funciona en la medida en que los problemas del MSP lo permite. El PAPPS ejecuta muchas de sus actividades a través del MSP y de esta forma sirve como un mecanismo para cambios que son expresados por otros. Esto deberá continuar.
- * **Relaciones MSP-APOLO:** No funcionan adecuadamente. APOLO y el MSP podrían beneficiarse de una relación más simbiótica. Actualmente, estos dos componentes tienen áreas específicas de conflicto y un sentimiento, en cierta forma, generalizado de irrespeto. En este punto, APOLO y el MSP están operando casi independientemente en el campo y los individuos involucrados no se benefician del potencial que tienen disponible si ellos actuasen sinérgicamente.

7.4 Impacto de la Terminación del Apoyo de USAID/Ecuador al Sector de Salud del Ecuador

USAID está en un proceso global de discontinuación; se ha programado que el apoyo al sector salud terminará en Septiembre del año 2000, varios años antes de el resto de las otras actividades de la misión. Considerando el hecho de que la Fase 2 representa una estrategia totalmente nueva para mejorar la calidad, acceso, cobertura y sustentabilidad de los servicios de Supervivencia Infantil y Salud Materno-Infantil, un período de cinco años (1995 a 2000) podría no ser suficiente para alcanzar los resultados propuestos. Si USAID/E puede promover la sinergia entre los tres componentes de la Fase 2 y acelerar este proceso a través de lo que resta del proyecto, podría progresarse a grandes pasos en el proceso de la reforma.

Por otra parte, las elecciones de gobierno durante 1998 y los cambios resultantes en el MSP podrían apagar las iniciativas actuales. Cuando comenzó la Fase 2 en 1995, el diseño ofrecía la posibilidad de tener fases adicionales posteriores a la Enmienda 8. Ahora que la terminación de la Enmienda 8 es también una señal de la terminación de la asistencia de USAID/E al sector salud, todos los participantes necesitan ajustar sus planes, expectativas y estrategias, de conformidad con estos hechos. El tiempo restante en la Fase 2 (menos de tres años) no es simplemente la segunda mitad de la Enmienda 8, es también la oportunidad final que tiene USAID para dejar instalados sistemas sustentables luego de que cese su asistencia. Este proceso ha tomado aproximadamente dos décadas; en consecuencia, cualquier extensión del proyecto de SI posterior a Septiembre del 2000 agregará un tiempo crucial de maduración a las actividades innovativas iniciadas en 1995.

7.5 Conclusiones

7.5.1 Rol de USAID en la Reforma del Sector Salud e Impacto Potencial de la Terminación de la Asistencia para el Desarrollo por parte de USAID en el Sector Salud

Aunque la reforma del sector salud está oficialmente en proceso en el Ecuador, la opinión general parece ser "puesto que se trata de un monstruo, dejemos que otros lo hagan". USAID/E ha estado a la vanguardia para enfrentar este reto y se ha arriesgado aventurándose en la reforma del sector salud mientras la mayoría de los otros participantes han permanecido sin tomar parte en el proceso. Los líderes Ecuatorianos y los miembros de la amplia comunidad internacional para el desarrollo dedicados a la reforma del sector salud reconocen los resultados como significativos, innovativos y concretos. Citando a uno de los entrevistados, "La Enmienda 8 dinamizó el proceso de la reforma".

La decisión de USAID de dejar el Ecuador coincide con un período de intensa expectativa con relación a la reforma, no solamente en el sector salud. En Agosto de 1998, un nuevo gobierno se posesionará y tendrá que ejecutar una nueva constitución. En vista de las oportunidades positivas que este escenario presenta, sería conveniente si el proyecto de SI tiene otros cinco años para

trabajar dentro de esta nueva estructura. Un ministro de salud colaborativo y subordinados bien escogidos podrían dirigir una fuerza política suficiente para avanzar con la reforma. USAID ha promovido ya la reforma en una variedad de frentes. Aquellos directamente relacionados con el MSP están en su mayoría en "espera"

con el gobierno interino actual, mientras aquellos que están siendo ejecutados por las ONGs están avanzando firmemente. Si se combinan los logros de USAID a la fecha con un MSP que esté listo a prestar su apoyo, la reforma del sector salud podría moverse aún más rápida y ampliamente de lo que podría preverse de otra manera.

7.5.2 Sustentabilidad de CEPAR (PAPPS) y CARE (APOLO)

Tanto CEPAR como CARE han obtenido considerable experiencia, credibilidad y visibilidad desde que se involucraron en la Fase 2. Indudablemente, este proyecto ha ayudado a CEPAR a convertirse en una de las ONGs líderes en el Ecuador en el campo de la reforma de salud, lo cual es ya un logro puesto que antes de 1995 CEPAR había restringido sus esfuerzos al área de la planificación familiar.

En Ecuador, el proceso de la reforma necesita estar en capacidad de continuar contando con el apoyo de una variedad de participantes, sin consideración de la presencia o ausencia de CEPAR y CARE y sus respectivos componentes. Por lo tanto, la asistencia de USAID deberá centrarse en el primer elemento de sustentabilidad, para aumentar la posibilidad de que las actividades se perpetuen en el área de la reforma de la política y en el desarrollo continuo y en la respuesta de participantes públicos-privados para la prestación de servicios de Salud Materno-Infantil. Ni los mismos componentes ni las instituciones que las ejecutan tienen metas apropiadas de sustentabilidad de la Fase 2. Uno de los desafíos de USAID/E es desarrollar indicadores de sustentabilidad con CEPAR y APOLO que hagan una distinción entre el beneficio, el proyecto, y los aspectos institucionales de sustentabilidad deseados para cuando la Fase 2 del proyecto concluya.

7.5.3 Relaciones con Otros Socios para el Desarrollo

La mayoría de información que llega a USAID sobre las relaciones de CEPAR y APOLO con otras instituciones parece venir directamente a través de los representantes de estos dos proyectos. Por lo tanto, la información que se recibe está sujeta a una selección que puede disminuir la evidencia concerniente a las áreas de posibles problemas.

7.5.4 Gerencia del Proyecto

Una actividad tan grande, compleja e importante como la de SI necesita que USAID dedique una atención más directa a sus colaboradores en la ejecución. En este punto, los participantes necesitarán de asistencia en el procesamiento, ejecución y monitoreo de las recomendaciones intermedias. La desaparición del Comité Ejecutivo del Proyecto ha conducido a una menor comunicación entre los componentes críticos de la Fase 2 y a una pérdida del espíritu de solidaridad, respeto y posibilidades mutuos para alcanzar una colaboración efectiva.

7.5.5 Otros Proyectos de USAID

Los cinco proyectos centrales cofinanciados por la Fase 2 pueden continuar apoyando los beneficios globales de la Fase 2, después de la fecha de terminación proyectada de Octubre del 2000, asumiendo que estos proyectos continúen y puedan justificar el apoyo para el Ecuador. Este mecanismo proporcionaría el seguimiento crítico y la asistencia técnica y recursos necesarios cuando USAID/E ya no esté en capacidad de hacerlo.

7.5.6 Objetivos Estratégicos de USAID/Ecuador

La falta de un Marco Lógico para la Fase 2 o de un sustituto razonable que muestre "si esto ocurre, entonces eso" con indicadores a niveles diferentes, podría ser responsable parcialmente de algunas de las débiles relaciones estructurales entre los principales componentes del proyecto. Presumiblemente, CARE y CEPAR están controlando grupos adicionales de indicadores que reflejan mejor que los indicadores del OS2 los cambios que se buscan actualmente y el impacto deseado.

El Marco del OS ha introducido dificultades para expresar los resultados que se esperan de las actividades de la Fase 2 en sus términos apropiados, es decir, en términos de un proceso. El valor real de la Fase 2 no es su éxito por sí mismo--ésto es, alcanzar los nueve Resultados Intermedios como se indica en el Marco del OS--sino su habilidad para efectuar la reforma y ser replicable sin importar el futuro de APOLO, PAPPS, CARE y CEPAR. El énfasis debería estar en mantener los beneficios no las ONGs. Esta conclusión es un resultado natural de los comentarios hechos en el Capítulo 4.2.2 sobre los elementos de sustentabilidad.

Necesidad de Sinergia

El potencial real del proyecto de SI de USAID no se alcanzará a menos y hasta que los individuos responsables de los tres componentes del proyecto comprendan y acepten los roles de sus respectivas organizaciones como miembros de un sólo grupo de SI. Tanto APOLO como el PAPPS necesitan hacer menos actividades, hacerlas bien, y hacerlas como parte de un total coherente.

Aunque el proyecto de SI goza de considerable apoyo dentro de USAID/E, USAID podría usar su peso político a un mayor grado para cumplir los resultados propuestos en el OS en cuanto a la reforma del sector salud. USAID tiene acceso a instituciones y personas a las cuales CEPAR y CARE no lo tienen. Por ejemplo, CEPAR no puede cambiar las políticas por sí solo y se arriesga a obtener una reacción negativa si alcanzar un perfil demasiado alto.

7.6 Recomendaciones

Rol de USAID en la Reforma del Sector Salud

1. Puesto que la Fase 2 representa un "nuevo proyecto" en cuanto a diseño y estrategia, necesita estar en capacidad de adaptarse a la realidad de la discontinuación de USAID/E, mediante la planificación de su propia discontinuación de forma que coincida con la de la Misión. USAID/E deberá reconsiderar la decisión de terminar el proyecto de SI a finales del año fiscal 2000 y, preferentemente, extender su apoyo al sector salud mientras la Misión se encuentre en el Ecuador.
2. El Proyecto de SI deberá ser protegido contra cualquier reducción, en vista de su corta vida a la fecha y su necesidad de que USAID tenga un contacto más extenso con los ejecutores del proyecto.

Sustentabilidad de los Beneficios

3. USAID deberá dirigir sus esfuerzos a la modificación del PAPPS y APOLO de acuerdo a las recomendaciones de esta evaluación, de modo que los resultados, o beneficios, puedan ser mantenidos posteriormente a la fecha de terminación del proyecto.

Gerencia del Proyecto

Global

4. Para que la Fase 2 alcance su verdadero potencial con el tiempo y recursos que USAID/E tiene disponibles, el grupo gerencial de USAID necesita involucrarse substancialmente para encargarse de las recomendaciones de la evaluación, hacer las correcciones necesarias dentro de USAID y en APOLO y PAPPS, y controlar muy de cerca los resultados. Promoción de Sinergia

5. USAID deberá reorganizar el grupo de Supervivencia Infantil. USAID deberá establecer nuevamente el Comité Ejecutivo del Proyecto y mantener todas las reuniones en USAID en el futuro previsible.
6. Como gerente del proyecto, USAID debe asumir mayor responsabilidad en su trabajo con los representantes de los tres componentes y otros proyectos de USAID involucrados, para desarrollar una visión integral del proyecto e introducir una estrategia de equio. En el contexto de la ejecución de las correcciones necesarias, los pasos posibles a seguir para cumplir esta meta incluyen los siguientes:
 - (a) Sesiones cuidadosamente estructuradas entre participantes claves seleccionados--entre CARE y CEPAR--y entre el MSP y CARE--para identificar y tratar los sentimientos actuales de falta de respeto, resentimientos y competencia.
 - (b) Un ejercicio de creación de equipo y consenso entre los ejecutores de la Fase 2, diseñado para (1) articular las razones para trabajar unidos, (2) identificar las áreas de consenso, (3) comprender cómo deberían los componentes trabajar juntos, y (4) desarrollar actividades e indicadores específicos para seguir adelante. Este ejercicio deberá incluir la construcción de un diagrama de diseño integral del proyecto, incluyendo indicadores y deberá incluir a los supervisores de los coordinadores de cada componente.
 - (c) Inicialmente, reuniones semanales entre USAID y los funcionarios encargados de tomar las decisiones dentro de APOLO, PAPPS y otros miembros específicos del grupo, para desarrollar planes, indicadores específicos y fechas para ejecutar las recomendaciones de la evaluación. Estos indicadores no deberán reflejar sólo el final de la Fase 2 del proyecto, sino que deberán reflejar el hecho de que USAID/E está en una fase de discontinuación. Una vez que se aprueben estos planes, ellos deberán ser incluidos en los Acuerdos Cooperativos enmendados.

- (d) APOLO y PAPPS podrían considerar el utilizar parte de las técnicas de creación de consenso del PAPS para ayudar a resolver el conflicto con el MSP en Chordeleg, y promover una estrategia integral para los servicios de salud en el área de salud de mayor extensión de Gualaceo.
 - (e) El PAPPS podría usar algunas de las técnicas de APOLO para desarrollar materiales de comunicación para diferentes audiencias.
7. CARE y CEPAR deberán buscar la ayuda directa de USAID en asuntos claves donde el alto nivel de intervención de USAID pueda crear consenso y de esta forma acelerar el proceso de reforma. CEPAR deberá asumir un perfil más bajo y permitir que USAID realice intervenciones más oportunas en el proceso de la política. Por ejemplo, USAID podría tener una comunicación directa con el CONAM.

Comunicaciones y Monitoreo

8. USAID deberá tener contactos más frecuentes con los coordinadores de APOLO y PAPPS y contactos adicionales con otros miembros de sus respectivos equipos. El mantener este frecuente contacto podría requerir de personal adicional si las responsabilidades y obligaciones de trabajo del grupo actual de USAID no les permite ajustarse a las circunstancias.
9. USAID deberá involucrarse más directamente en el control de las actividades de CEPAR y APOLO en el campo y desde la perspectiva de sus colaboradores y clientes.

Establecer Nexos para el Futuro

10. Las actividades de la Fase 2 pueden identificar y dar apoyo especial a aquellos miembros del MSP que están actualmente proporcionando una colaboración excelente en áreas tales como IMCI, para prepararlos para el retiro del financiamiento bilateral de USAID.
11. Los miembros del equipo de evaluación deberán recibir la autorización formal de USAID/E para promover proactivamente el proyecto de SI, sus logros actuales, y su potencial para aquellos líderes claves en QA, PHR, RPM, BASICS y OMNI.

Prestar Especial Atención a APOLO

12. Trabajar con APOLO para identificar oportunidades que sean mutuamente beneficiosas para colaborar con otros proyectos de USAID. Por ejemplo, OMNI está preparándose para emprender la investigación de operaciones sobre el suplemento de hierro en mujeres embarazadas. APOLO podría facilitar las discusiones entre OMNI y CEMOPLAF (Otavalo o Lago Agrio) para estas actividades.